BULLETIN ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE

D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

ANNÉE 1909



MM. MAHU, Président
Le MARC'HADOUR, Vice-Président
FOURNIÉ, Trésorier
VEILLARD, Secrétaire-Général
Robert FOY, Secrétaire des Séances

BULLETIN ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE

D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

ANNÉE 1909





MM. MAHU, Président
LE MARC'HADOUR, Vice-Président
FOURNIÉ, Trésorier
VEILLARD, Secrétaire-Général
ROBERT FOY, Secrétaire des Séances

BULLETIN ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE
D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE
DE PARIS

Séance du 8 janvier 1909

Présidence de M. Mahu

Présents : MM. Paul Laurens, Viollet, Lermoyez, Bellin, Castex, Munch, Le Marc'Hadour, Furet, Mounier, Glover, Weill, Veillard, Fournié, Robert Foy, Hautant, Cauzard, Mahu, Courtade.

Excusés : MM. Cartaz, Luc, Robert Leroux, Georges Laurens.

Le Président prononce l'allocution suivante :

Mes chers collègues,

Je vous remercie du fond du cœur du grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à cette place qu'ont occupée avant moi mon Maître et les autres Maîtres de l'Oto-Laryngologie française.

J'ai plaisir à constater que si plusieurs nouveaux collègues ont été admis cette année en qualité de membres titulaires de notre Société, aucun des noms anciens n'a disparu de la liste.

Seul, un correspondant étranger, et non des moindres, Friedrich Bezold, professeur d'otologie à Munich, est mort récemment dans cette ville. Le nom de ce savant, dont l'érudition égalait la modestie, est familier aux otologistes de

tous les pays. Ses travaux les plus connus sont : 1° *Une nouvelle voie de diffusion des suppurations de l'oreille moyenne*, étude qu'il publiait dès 1881 et dans laquelle il présentait le tableau clinique des suppurations auriculaires à fusées cervicales, formes désignées couramment depuis sous le nom de « Mastoïdites de Bezold » ; 2° *l'examen de l'audition au moyen de la gamme continue des sons;* 3° *l'application de l'acide borique au traitement des suppurations d'oreilles.* L'auteur ne se doutait guère, en 1880, de l'avenir brillant réservé à ce procédé simple appelé vingt ans plus tard à guérir les évidés...

C'est dans cette période de trente années à peine que notre spécialité est devenue peu à peu chirurgicale. Et, dans ces derniers temps, il faut convenir qu'elle a fait de rapides progrès et que son orientation s'est dessinée avec une netteté, avec un exclusivisme même qui pourrait être jugé par certains quelque peu excessif.

Loin de moi l'idée d'un retour en arrière, contre lequel protesteraient aussi bien mon tempérament que tous mes actes

Mais, laissez-moi vous dire, messieurs, que les Oto-Laryngologistes me sembleraient faire fausse route s'ils se croyaient obligés à ne plus publier désormais que des travaux de grosse chirurgie. Prenez certains ordres du jour de nos séances et vous y verrez la preuve de cette tendance actuelle.

Il ne faut pas oublier que, pour la clientèle, nous sommes spécialistes avant d'être chirurgiens et que cet oubli peut avoir de regrettables conséquences.

Tout d'abord cet entraînement quand même vers la grande chirurgie nuit aux malades, car tel spécialiste qui ne s'intéresse plus qu'à opérer des abcès du cerveau, ou à réséquer des maxillaires, peut arriver parfois à mépriser l'acoumètre et à négliger les épreuves labyrinthiques.

En second lieu nous éloignons de nos sociétés les jeunes, ainsi que les spécialistes, médecins de tempérament, qui n'osent plus parler devant nous de dysphonie ni de bourdonnements d'oreilles.

Enfin, en empiétant sur leur terrain, nous nous mettons

entre les mains des chirurgiens généraux : nous disparaissons en tant que spécialistes purs pour nous transformer — pardonnez-moi l'expression — en sous-chirurgiens. « Craignons, comme l'a dit Lermoyez au Congrès de Vienne, de rejeter inconsciemment la Laryngologie entre les bras de la Chirurgie générale, d'où nos pères eurent tant de peine à l'arracher. »

Que la Chirurgie soit un accessoire indispensable de la Spécialité, mais non pas la Spécialité un accessoire de la Chirurgie. Que si le chirurgien fait parfois usage de l'acoumètre, le spécialiste emploie souvent le bistouri, mais qu'il reste strictement cantonné dans son champ d'action.

En parlant tout à l'heure de la modestie du professeur Bezold qui vivait dans l'ombre malgré sa valeur et les honneurs dont il était comblé, je ne pouvais m'empêcher de penser à la modestie trop grande selon moi de notre Société et de me faire cette réflexion que si la modestie est une vertu admirable chez l'individu, elle est au contraire un terrible défaut pour les collectivités. — Le soldat modeste se fait tuer pour sa patrie orgueilleuse... Je n'ai pas l'intention de demander aux membres de la Société de Laryngologie de se tuer cette année à travailler pour elle; mais il me semble qu'en raison du nombre et de la valeur de ses éléments, elle devrait arriver à produire davantage et à prendre la tête des sociétés spéciales métropolitaines.

Pour arriver à ce résultat, il faut que les séances soient plus suivies et les ordres du jour plus corsés. Dans ce but, il y a quelques années, j'ai personnellement commencé par étendre la publicité des comptes rendus de nos séances en transmettant régulièrement ces comptes rendus à un grand nombre de journaux médicaux français et étrangers; mais d'autres réformes sont nécessaires.

Dans un instant, notre dévoué secrétaire général en soumettra une première à votre appréciation. Je vous prie, messieurs, de ne pas vous en désintéresser, et de me pardonner l'allure quelque peu récriminatoire de mon allocution. Mon excuse est tout entière dans le but que je poursuis d'accord avec notre Bureau : *la prospérité de la Société et l'union entre tous ses membres.*

Le secrétaire général, au nom de la commission chargée d'étudier les modifications proposées par MM. Luc, Cartaz et Martin, touchant les heures et jours de réunion de nos séances, fait un rapport sur la délibération de cette commission. La commission est d'avis d'accepter les changements proposés. Après un échange de vues entre MM. Lermoyez, Mahu, Cauzard, Furet, Castex et le rapporteur, il est décidé à l'unanimité des 18 membres présents que l'article 1er du règlement sera ainsi modifié :

« *Les séances de la Société sont publiques. Elles ont lieu à 5 heures du soir les 10 janvier, 10 mars, 10 juin, 10 novembre. Quand l'un de ces jours coïncide avec un dimanche ou un jour de fête légale, la séance est reportée au lendemain. Les séances cliniques ont lieu le matin à 10 heures en février, avril, juillet, décembre. Leurs dates et lieu sont fixés dans la précédente séance du soir.* »

Communications :

M. Robert Foy

Appareil dilatateur des ailes du nez. — Fait d'un simple ressort nickelé, cet appareil ne prend point d'appui qu'à la face interne des ailes du nez, sans toucher à la cloison. Ses avantages sont : mise en place des plus faciles ; impossibilité pour les ailes du nez de s'appliquer contre la cloison à l'inspiration, attirées par le vide thoracique ; possibilité des exercices de résistance développant les ailes du nez, celles-ci se contractant activement sur le ressort. Enfin, cet appareil peut être gardé, non seulement pendant les exercices de rééducation, mais au besoin toute la journée.

M. A. Courtade

Dilatateur des narines. — J'ai imaginé et fait construire, il y a longtemps, un dilatateur ou écarteur des narines que je n'aurais pas pensé présenter, si je n'avais vu ce même objet faire le sujet d'une communication à cette séance.

Mon dilatateur se compose d'une ellipse très allongée, ayant la forme et la dimension d'une narine normalement ouverte ; cette ellipse est formée d'une lame d'acier mince,

élastique et qui exerce, par conséquent, une action dilatante continue sur les parois opposées; du milieu de l'une des parois de la courbe part une languette métallique d'environ un centimètre de long courbée légèrement à son extrémité et qui est destinée, lorsque l'instrument est en place, à s'arc-bouter contre la sous-cloison. L'instrument s'introduit facilement dans la narine par un petit mouvement de bascule et, une fois en place, ne peut remonter dans la fosse nasale, à cause du petit crochet qui le retient en bas; il est à peine visible, ce qui est un avantage au point de vue esthétique.

Pour éviter qu'il ne se rouille rapidement, il est entièrement entouré par du caoutchouc, de sorte qu'aucune partie du métal n'est visible.

Comme les dimensions des narines varient avec l'âge et l'individu, il est nécessaire d'avoir des dilatateurs de plusieurs calibres afin de répondre aux diverses indications. Pour qu'il tienne bien en place, il faut que le grand axe du dilatateur ait euviron 2 à 3 millimètres de plus que la longueur de l'ouverture narinaire, de sorte que son extrémité antérieure vient s'appuyer contre le cul-de-sac du lobule du nez.

C'est pour parer au rétrécissement de l'orifice narinaire par une déviation du bord antérieur de la cloison, que j'avais imaginé cet instrument; les tracés de la respiration pris avec mon pneumodographe chez une malade avant et après l'application du dilatateur montrent bien les résultats qu'il peut fournir; dans le 1[er] tracé on peut voir que la narine gauche fournit une tache bien moins étendue que la narine droite; après la mise en place de mon dilatateur, les taches respiratoires sont à peu près égales des deux côtés.

Il est probable que chez un jeune enfant porteur d'une semblable déviation de la cloison, le port fréquent, sinon constant, d'un pareil instrument, pourrait ramener à la rectitude le septum dévié.

Dans les cas où il est nécessaire de dilater les deux narines, comme dans l'aspiration bilatérale des ailes du nez, on peut relier deux ellipses par une sorte d'étrier qui embrasse la sous-cloison ou plus simplement mettre dans chaque narine un dilatateur ordinaire.

M. J. GLOVER

La quinine dans la toux spasmodique nocturne de la grippe laryngo-trachéale. — Les moyens thérapeutiques employés par le laryngologiste sont très souvent totalement impuissants à combattre la toux postgrippale sans fièvre à forme parfois spasmodique et surtout nocturne. Quel que soit son mode d'action en pareil cas, action vasculaire vaso-constrictive, etc., le sulfate de quinine est ordinairement le seul remède, qui à dose élevée de 0,75 à 1 gramme, durant plusieurs jours consécutifs, a raison de ce phénomène parfois opiniâtre et fort pénible.

Fonction amygdalienne.— Troubles vaso-trophiques nasaux et pharyngiens. — Opothérapie. — En dehors des phénomènes infectieux, on observe des troubles vaso-moteurs et sécrétoires, ainsi que trophiques, au niveau des muqueuses nasale et pharyngée. Des troubles du même ordre peuvent se produire au niveau des amygdales palatines et pharyngées, passagèrement plus ou moins développées, turgescentes, sans qu'il existe de fièvre, d'adénopathie douloureuse, sans que l'analyse bactériologique du mucus amygdalien ne décèle d'autres microorganismes observés qu'à l'état normal.

Enfin, il est assez habituel de constater une notable diminution du volume d'amygdales palatines, rouges, mollasses, coïncidant avec une amygdale pharyngée hypertrophiée, après l'ablation de cette dernière. Parfois même la réduction de volume des deux amygdales palatines est assez marquée pour dispenser dans la suite de toute intervention sur celles-ci.

Si l'on se base sur la coordination fonctionnelle des glandes à sécrétion interne, on peut admettre, dans ces cas, une suppléance compensatrice, une hypertrophie par corrélation dans le but d'une accommodation fonctionnelle, en vue de l'harmonie entre les organes. On a, en effet, décrit le syndrome de Basedow chez les adénoïdiens. On a cru devoir considérer à des degrés variables les végétations adénoïdes, les hypertrophies amygdaliennes comme un signe de myxœdème, et non point, comme certains, qui en faisaient à tort de la tuberculose primitive.

Et si la fonction de certaines glandes à sécrétion interne, comme la thyroïde, vu son rapport avec la croissance ; comme l'hypophyse, vu son rapport avec le gigantisme, a une portée réelle sur la croissance et le développement de l'organisme, il n'y a pas lieu de s'étonner d'observer des perturbations fonctionnelles glandulaires plus ou moins prononcées et des poussées de croissance lorsqu'on supprime trop radicalement les amygdales, les adénoïdes.

Il semble résulter de ces considérations cliniques, qu'il est permis d'envisager dans leurs rapports les perturbations glandulaires dans les troubles vaso-trophiques, rhino-pharyngiens, au même titre que les mêmes troubles vaso-trophiques par perturbations glandulaires. Et c'est ainsi que l'on se trouve conduit à admettre qu'il existe ici des troubles glandulaires, conséquence de troubles nerveux, commandés sans doute par le grand sympathique.

En ce qui touche l'origine nerveuse très probable de ces troubles, on ne peut s'empêcher de remarquer qu'il y a, en clinique, une corrélation frappante entre un certain nombre de signes enregistrés, d'une part, chez les jeunes sujets présentant des caractères d'insuffisance, de suppléance glandulaire et les signes cliniques, que l'on relève, d'autre part, chez les sujets considérés comme des héréditaires de la *goutte*, névrose vaso-trophique du grand sympathique. Ces sujets subissent un arrêt plus ou moins prononcé du développement de l'organisme durant l'enfance ou l'adolescence.

C'est parfois une dystrophie générale avec retard sur les tables de tailles et de poids de Variot et Chaumet. Ils ont une pression artérielle faible, de l'hypothermie, mains et pieds froids, sueurs locales, pâleur, œdèmes, spasmes, épistaxis et hémorragies pharyngées, point opsonique oscillant entre 1,50, 2 et 3 au lieu de 5, densité des urines élevée à 1.025, 1.030 et plus ; hypoacidité, hypo et hyperphosphatie avec fermentations gastro-intestinales, etc.

L'opothérapie a, dans ces cas, atténué les troubles vaso-trophiques d'une façon marquée et parfois les a fait disparaître en même temps que se produisait une amélioration de l'état général. Les résultats ont été différents suivant que la méthode était appliquée à l'aide d'un seul suc organique ou

suivant qu'elle était mixte et associée. Enfin, il semble qu'il y ait lieu de remarquer qu'en ajoutant à l'opothérapie l'acide phosphorique à doses assez élevées, le sesquiphosphate, le nucléinate de soude dans le but de provoquer une action névrosthénique et l'hyperleucocytose, la dose opothérapique pouvait être de beaucoup réduite, et par suite nullement toxique durant un traitement prolongé, pour obtenir les mêmes effets locaux et généraux tant au point de vue de la thermogénèse que de la dynamogénèse.

Enfin, associé à la thyroïdine et à l'hypophyse et utilisé seul, le suc amygdalien a été employé dans un certain nombre de cas de dystrophies amygdaliennes chez des enfants de 5 à 15 ans.

Avec ces divers traitements opothérapiques s'est produit un retrait assez rapide de l'hypertrophie amygdalienne en intervenant seulement sur l'amygdale rétro-nasale et même parfois sans aucune intervention chirurgicale, lorsqu'il n'existait aucune indication pressante d'opérer. Les otoscléroses ne se sont pas jusqu'ici modifiées.

Discussion

M. Lermoyez. — Les essais de traitement opothérapique des adénoïdiens datent de plus de dix ans. Cette question semble avoir été introduite dans la science, par Hertoche d'Anvers, vers 1898.

Hertoche considérait l'appauvrissement thyroïdien, autrement dit le myxœdème, comme la cause première des végétations adénoïdes, de l'hypertrophie des amygdales, de la rhinite hypertrophique. Pour lui, aucun lien de cause à effet entre les végétations adénoïdes et les troubles de croissance. Ces deux phénomènes coexistent, voilà tout. Ils découlent tous deux d'une même source pathogénique, l'inanition thyroïdienne.

Rivière, Delacour, reprirent cette théorie et la soutinrent. Or, du moment que l'adénoïdisme était une conséquence de la cachexie strumiprive, il devait naturellement découler de cette conception un essai de traitement opothérapique par les produits thyroïdiens.

Ces auteurs prescrivirent donc aux adénoïdiens la thyroïdine, soit comme traitement exclusif, soit comme traitement complémentaire du curettage du cavun.

Il semble que cette thérapeutique ait eu peu de succès, car ses promoteurs ne trouvèrent pas d'imitateurs. D'ailleurs, l'opothérapie, médication toxique, lente et infidèle en l'espèce, ne pouvait lutter contre les résultats rapides et inoffensifs de l'adénotomie.

Cette très intéressante question a depuis longtemps fixé mon attention. La théorie d'Hertoche s'écroule devant ce fait si banal que l'ablation des végétations adénoïdes suffit à elle seule à faire disparaître tous les troubles de croissance, d'hématopoièse, de nutrition dont souffrent les adénoïdiens, sans que rien n'ait été fait pour modifier médicalement la prétendue insuffisance thyroïdienne dont pâtiraient les porteurs d'adénoïdes. Ce sont donc bien les végétations adénoïdes qui sont la cause première des troubles généraux associés.

Mais où je m'écarte de la majorité des auteurs, c'est quand ceux-ci accusent les végétations adénoïdes d'agir mécaniquement, par simple obstruction, en entravant l'aération pulmonaire, et en troublant la circulation de l'encéphale.

Accepter exclusivement cette donnée simpliste me paraît n'envisager qu'une des faces de la question. Il est évident que l'obstruction des voies aérienne et auriculaire est une cause de dyspnée et de dysacousie ; mais, beaucoup d'autres troubles ne peuvent se contenter de cette explication. Il nous est arrivé à tous de voir des enfants se développer, se transformer physiquement et intellectuellement, ressusciter en quelque sorte, à la suite de l'ablation de petites végétations adénoïdes, en réalité fort peu obstruantes. Or, dans ces cas, l'obstacle mécanique ne pouvait être considéré comme facteur tout au moins unique des troubles de l'état général.

En opposition avec ces faits de végétations peu obstruantes et néanmoins atrophiant le squelette de ceux qui les portent, je place les cas d'obstruction congénitale des choanes, par diaphragmes fibreux ou osseux. Ici l'obstruction nasale est absolue, ce qui jamais n'arrive même dans les cas de très grosses végétations : et cependant de tels sujets ne pré-

sentent pas de troubles de croissance. Cette contradiction paradoxale que, comme d'autres, j'ai plusieurs fois constatée, me paraît singulièrement instructive.

Pour toutes ces raisons, nous sommes en droit d'admettre que le tissu adénoïde des végétations et des amygdales, tout au moins quand il subit l'hypertrophie que cliniquement nous considérons comme pathologique, donne lieu à une sécrétion interne toxique, à la production et à la résorption d'une substance empêchante de croissance, surtout active vis-à-vis du système nerveux. Il doit certainement y avoir chez ces malades de l'hyperadénoïdisme, de même que chez les basedowiens il existe de l'hyperthyroïdisme, qui cause des troubles dyspeptiques graves, de l'affolement nerveux et une dénutrition rapide.

Et c'est ainsi que je puis m'expliquer que l'ablation de petites végétations ait un résultat si inattendu, car les effets d'hyperadénoïdisme ne doivent pas seulement dépendre de la quantité du tissu adénoïde malade, mais aussi de la qualité de cette hypertrophie.

Seule, l'expérimentation pourrait établir cette théorie, vraisemblable mais non démontrée.

Avec l'aide du professeur Roger, j'avais entrepris, il y a quelques années, une série d'expériences qui consistaient à nourrir, dans une même portée de petits lapins, quelques animaux avec des aliments mêlés de végétations adénoïdes fraîches. Les résultats en furent négatifs; mais en ce moment je les reprends dans des conditions qui me paraissent meilleures.

Si mes nouvelles expériences donnent des résultats probants, l'indication de l'opothérapie — tout au moins de l'opothérapie adénoïdienne — pourra être discutée chez les adéno-amygdaliens. Mais étant donnée la toxicité de cette thérapeutique, je pense que mieux vaut surseoir à sa prescription tant que des faits décisifs ne nous auront pas autorisés à l'employer.

M. Glover. — A-t-il été précisé une posologie opothérapique quelconque?

M. Lermoyez. — Je l'ignore.

M. Glover. — Une posologie basée sur la clinique est cepen-

dant de la plus haute importance. Elle est indispensable dans l'enregistrement des recherches cliniques et thérapeutiques sur ce sujet, si l'on veut le contrôle méthodique des faits, surtout en présence des variations d'effets des divers sucs organiques, même lorsqu'ils proviennent de la même source. J'ai employé en médication souvent mixte la thyroïdine à 0,05 et 0,10, l'amygdale à 0,50, l'hypophyse et les capsules surrénales à 0,30 en associant pour diminuer les doses opothérapiques, l'acide phosphorique (2 gr.).

Les colloïdes et glucosides que doivent contenir les sucs organiques faisant, de ceux-ci, des produits pouvant devenir toxiques à doses élevées, lorsqu'on en continue l'emploi durant un certain temps, j'ai donné en même temps l'acide phosphorique, qui m'a paru permettre de réduire au tiers la dose opothérapique active.

M. Glover, en réponse à une question de M. Mahu :

Il ne doit pas y avoir d'équivoque sur le mode d'action combiné du traitement opothérapique et du traitement par l'acide phosphorique. J'ai publié, il y a un an, les effets généraux du traitement tonique nervin hyperleucocytaire employé seul et par l'acide phosphorique à haute dose, en injections sous-cutanées. Les résultats étaient d'ordre général. Cette médication défensive avait plus rapidement raison des suppurations existantes. Mais rarement les troubles vaso-trophiques existant sans infection cédaient. Il fallut le plus ordinairement l'opothérapie. Et lorsque l'opothérapie est associée au traitement phosphorique il devient possible, pour obtenir un effet, de réduire à des doses non toxiques, d'un emploi prolongé, les sucs organiques.

M. A. Hautant

1° Labyrinthite à forme vestibulaire. Retour des fonctions vestibulaires à la suite d'un évidement simple. — Résultat opératoire d'un malade présenté à la dernière séance : suppuration de Shrapell avec vertiges et abolition fonctionnelle des canaux. Evidement simple, petit cholestéatome et ostéite au-dessus de la partie horizontale du facial. Quinze jours après, la pression de la paroi labyrinthique au-dessus de la portion horizon-

tale du facial provoque du nystagmus; retour de l'excitabilité calorique; accroissement de la valeur du nystagmus, de rotation, surtout du côté malade.

2° **Labyrinthite suppurée gauche. Trépanation du labyrinthe. Guérison.** — Otorrhée chronique traitée par l'évidement. Au cours des pansements, paralysie faciale légère qui disparaît, puis destruction fonctionnelle des deux parties du labyrinthe. Pas de phénomènes généraux, ni méningés. Seconde intervention : l'examen au stylet fait sourdre du pus au niveau de la fenêtre ovale. Trépanation du promontoire, évacuation de pus. Fistule et ostéite au niveau du canal horizontal, curettage du bloc des canaux. Guérison en quatre semaines et datant de dix mois.

M. F. Munck

L'anesthésie régionale du massif maxillaire supérieur, en particulier dans l'opération de la sinusite maxillaire. — Lorsqu'une sinusite maxilliare suppurée chronique résiste aux lavages pratiqués à l'aide de la ponction diaméatique, il faut trépaner l'antre pour obtenir la guérison. Celle-ci s'obtient le plus rapidement et le plus sûrement par le procédé de Caldwell-Luc. L'anesthésie générale que nécessite cette intervention donne cependant à celle-ci une gravité que ne comporte pas, en général tout au moins, la nature du mal. Aussi s'est-on ingénié à acheminer la sinusite maxillaire, rebelle aux lavages diaméatiques, vers la guérison par une opération endonasale qui autorise l'anesthésie locale. Si l'on badigeonne la pituitaire à la cocaïne ou que l'on injecte la solution analgésique dans l'épaisseur de la muqueuse, on obtient une insensibilité suffisante pour établir un vaste orifice de drainage dans le méat inférieur, entre le sinus et la fosse nasale. Les procédés varient suivant qu'on sacrifie la tête du cornet inférieur (Réthi, Claoué, Escat), ou qu'on la respecte (Onodi). Mais notamment dans les cas où il existe de l'ostéite, les procédés endonasaux, qui excluent le curettage efficace de l'antre, demeurent très inférieurs à la méthode de Caldwell-Luc.

A la vérité, il est possible de pratiquer ce dernier procédé sous simple anesthésie locale. Mais s'il est facile d'insensibiliser parfaitement la fosse canine et le méat inférieur, on ne saurait en dire autant de la cavité du sinus : avec la cocaïne locale, le curettage est toujours douloureux, même lorsqu'on introduit dans l'antre, après trépanation, une mèche imbibée d'une solution forte de cocaïne (Luc) ou que, suivant un procédé utilisé en Allemagne, on injecte la solution dans le sinus à l'aide d'une ponction diaméatique. Tous ces procédés ne sauraient donc constituer que des pis-aller, et l'abolition de la douleur est, en pareille occurrence, toujours imparfaite et aléatoire.

On aurait donc intérêt à disposer d'une méthode qui assurerait à la fois les avantages de l'anesthésie générale sans en offrir ni les risques ni les ennuis, et ceux de l'insensibilisation locale sans en présenter les imperfections. L'*anesthésie régionale* par injection intra-tronculaire de cocaïne m'a paru remplir ces desiderata.

Vous savez ce qu'est l'anesthésie régionale. Pratiquée dès les débuts de la cocaïne par Feinberg (1886), elle devint par la suite « la méthode de Corning et d'Oberst », du nom des deux chirurgiens qui s'en étaient particulièrement occupés. Pendant de longues années, on n'y eut guère recours que pour opérer le panaris et l'ongle incarné. Mais plus récemment, on s'est efforcé d'en étendre les indications. En 1900, Jaboulay (de Lyon) s'en est servi pour la désarticulation de l'épaule. Aux Etats-Unis d'Amérique, Crile (de Cleveland) a très volontiers recours à ce procédé, et, il y a une demi-douzaine d'années, je le lui ai vu moi-même appliquer plusieurs fois. A la même époque j'ai vu, à Baltimore, Harvey Cushing opérer ainsi des hernies inguinales. Dans le même temps Braun utilisait cette méthode a Leipzig. Un dentiste, Nogué, y à également recours pour le nerf dentaire inférieur qu'il atteint au niveau de l'épine de Spix où, cependant, Reclus et Chevassu avaient vainement essayé naguère d'obtenir des résultats positifs. Enfin, dans notre domaine spécial, Frey (de Berne) insensibilise la glotte en cocaïnant le nerf laryngé supérieur au niveau de la membrane hyo-thyroïdienne.

L'injection intra-tronculaire de cocaïne réalise ce que Fran-

çois-Franck a désigné du nom de section physiologique, progressive et transitoire du nerf. Cela veut dire que tant que dure l'action de la cocaïne, le nerf se comporte comme s'il était divisé au niveau de l'injection, et le territoire sous-jacent au siège de la piqûre est complètement insensible.

Or, la région sur laquelle on est appelé à intervenir au cours de la cure radicale d'une sinusite maxillaire est tout entière sous la dépendance de la deuxième branche du trijumeau; en pratiquant la section physiologique du nerf maxillaire supérieur avant qu'il n'émette le nerf sphéno-palatin, on a l'assurance d'opérer sur une région qui se comportera *perinde ac cadaver*, du moins en ce qui concerne la sensibilité.

Toute la question est de savoir s'il est possible d'injecter le nerf maxillaire supérieur à la base du crâne, au niveau du trou grand rond. Or, la technique de ces injections a fait, dans ces derniers temps, l'objet d'une série intéressante de recherches à propos de l'alcoolisation du trijumeau dans les névralgies faciales. On a le choix entre plusieurs procédés : celui de Schlösser (de Munich) qui est endobuccal, et celui de F. Lévy et A. Baudouin qui suit la voie cutanée, extérieure. Pour ma part, je donne la préférence à cette dernière méthode qui a l'avantage d'être beaucoup plus simple et plus précise. Elle ne présente aucun inconvénient; puisque la piqûre ne laisse aucune trace.

L'injection se pratique au bord postéro-inférieur de l'os malaire, sur la verticale qui passe par le bord postérieur de l'apophyse orbitaire externe du même os. On enfonce d'abord l'aiguille perpendiculairement à la joue; puis, aussitôt qu'on a traversé les téguments, on l'incline en haut et en dedans. A 5 centimètres de profondeur, on rencontre le nerf maxillaire supérieur, à sa sortie du trou grand rond, au plafond de l'arrière-fond de la fosse ptérigo-maxillaire.

La solution anesthétique dont je me sers a la composition suivante :

Chlorhydrate de cocaïne..............	0 gr. 20
Eau distillée stérilisée................	20 grammes
Solution d'adrénaline à 1 pour 1.000....	XX gouttes

J'ai eu dernièrement l'occasion d'opérer dans ces condi-

tions un cas de sinusite maxillaire chronique à la clinique Boulay-Le Marc'Hadour, en présence de M. Boulay et avec l'assistance de M. Le Marc'Hadour. J'ai pu opérer en toute tranquillité — même avec une lenteur intentionnellement exagérée afin que l'expérience fût bien concluante; — le malade n'a rien senti; l'anesthésie a persisté une heure et demie. Lorsque du sang coulait dans le pharynx ou obstruait une fosse nasale, le malade m'avertissait; je m'interrompais alors pour le faire cracher ou moucher; puis nous reprenions l'opération. C'est là un avantage appréciable dont on se prive volontairement avec la narcose générale.

Je pense, pour ma part, qu'il est toute une série d'opérations qui se pratiquent sur la face et qui peuvent bénéficier des injections intra-tronculaires de cocaïne. Celles-ci peuvent se faire des deux côtés à la fois et être associées à des piqûres d'autres nerfs, du nerf nasal (filet ethmoïdal), par exemple. J'ajoute que même si la méthode que je viens de vous exposer ne devait pas entrer dans la pratique courante, elle me semble tout au moins mériter d'être employée pour les cas où l'anesthésie générale est contre-indiquée ou refusée.

M. G. A. Weill

Résection des éperons de la cloison nasale. Instruments. Technique. Pansements. — A) Présentation de scies endonasales faites d'une lame d'acier laminé emboutie en gouttière; ces scies très minces sont très rigides, coupantes et ne s'enclavent pas, il faut une scie pour chaque côté.

B) Inciser horizontalement la muqueuse le long du sommet de la crête, puis en avant verticalement sur 10 à 15 millimètres. Détacher la partie antérieure du lambeau à la sonde cannelée. Attaquer l'éperon de bas en haut, limiter la section aux parties dures; achever l'exérèse par torsion pour ménager le plus possible de muqueuse.

C) Introduire à plat une mèche doublée, replacer le spéculum entre les deux chefs et pousser du pengawar dans l'intervalle. Après 48 heures retirer le pengawar seulement; puis un ou deux jours après, la bandelette en tirant sur le chef externe.

Séance clinique du 12 février 1909 à la clinique de M. Castex

---

Présidence de M. Mahu

Présents : MM. Weismann, Fiocre, Kœnig, Robert Foy, Rabé, Cartaz, Montsarrat, Paul Laurens, Munch, Pasquier, Grossard, Percepied, Mahu, Collinet, Castex, Furet, Georges Laurens, Lermoyez, Fournié, Mounier, Bruder, Cauzard, Veillard.

Excusés : MM. Lubet-Barbon, Robert Leroux.

Présentations :

M. A. Castex

I. **Pharyngotomie sous-hyoïdienne pour un épithéliome de l'épiglotte.** — M. Castex présente un de ses opérés âgé de 54 ans dont toute l'épiglotte était envahie par une tumeur maligne qui empiétait un peu sur la partie voisine de la base de la langue. Comme les ganglions n'étaient pas envahis, il a pratiqué l'ablation de la tumeur principalement pour faire cesser les douleurs très pénibles que causait la déglutition. Il a eu recours à la pharyngotomie sous-hyoïdienne parce qu'elle donne une large voie d'accès. La tumeur fut enlevée au thermocautère. Pour empêcher l'écartement des lèvres de la brèche opératoire il a placé de chaque côté un gros fil d'argent qui, traversant les parties molles périthyroïdiennes, passait par-dessus l'os hyoïde, formant ainsi une anse dont les deux bouts s'entortillaient au dehors de l'incision. Une sonde œsophagienne fut mise en place, passant par une des narines. Suites opératoires très bonnes. Pas de gêne pour la déglutition malgré la suppression de l'épiglotte.

Le résultat a été tout différent pour un deuxième opéré dont le cas était analogue. Il était brusquement emporté,

trente-six heures après, par une oppression intense à siège pulmonaire.

Se fondant sur cette observation et sur celle d'une laryngectomie où la trachée avait été cependant abouchée à la peau, M. Castex pense que quelques-unes de ces morts rapides sont explicables par un œdème pulmonaire brusque et diffus dont la cause est peut-être un réflexe parti du pneumogastrique et de filets sympathiques irrités au niveau du pharynx.

II. **Fixation opératoire d'un pavillon dévié. —** Une fillette de 9 ans avait le pavillon de son oreille gauche renversé en avant de façon disgracieuse. M. Castex a disséqué la peau de sa face interne et toute la région mastoïdienne largement, puis disposant un drain vertical dans le sillon rétro-auriculaire, il a suturé dans toute leur étendue les deux surfaces cruentées, non sans passer les catguts dans les cartilages du pavillon et le périoste de la région mastoïdienne, sans quoi le pavillon reprenait sa position défectueuse. En cours d'opération, M. Castex a pu s'assurer que le conduit auditif externe, pas plus que l'oreille moyenne, ne s'était formé. Le résultat opératoire est satisfaisant, comme on peut s'en rendre compte d'après la photographie prise avant l'intervention.

Outre ces deux opérés, M. Castex présente quelques malades dont le cas vaut un examen :

Deux enfants, fille et garçon, **hérédo-syphilitiques**, sans parenté entre eux, présentant des dents d'Hutchinson avec malformation du septum nasal, kératites interstitielles et arrêt de croissance.

Une femme de 71 ans portait un **carcinome de la fosse nasale gauche** dont l'évolution a été retardée par les attouchements à l'adrénaline.

Deux cas de **paralysie de la corde vocale gauche**, dus, l'un à de la syphilis cérébrale, l'autre à une adénopathie trachéo-bronchique.

Une **raucité vocale par amyotrophie ancienne** des deux cordes, suite de pneumonie infectieuse.

Enfin un cas de **papillome kératinisant** du larynx chez un homme de 46 ans.

M. Grossard présente pour le diagnostic :

1° Un homme de 50 ans porteur d'une **vaste ulcération ayant perforé la face inférieure du voile du palais et envahi le maxillaire supérieur**, provoquant une forte contracture des mâchoires. L'auteur avait pensé d'abord à un épithélioma, mais la rapidité de la destruction des tissus et surtout l'amélioration du sujet par un traitement ioduré-mercuriel, malgré la négation d'accidents primaires, fait hésiter Grossard sur l'affirmation d'un diagnostic cancéreux.

2° Une jeune fille de 20 ans (observation recueillie par le Dr de Parrel) atteinte depuis six ans d'une **aphonie présentant l'aspect d'une névrose laryngée.**

Tous les moyens habituels dirigés pour ramener la voix ayant échoué, l'examen porta plus particulièrement sur l'état général et fit penser que cette aphonie doit avoir pour cause une compression du récurrent par un lobe thyroïdien hypertrophié chez une *basedowienne*, dont la malade présente la plupart des symptômes (projection, en avant, des lobes oculaires; signe de Steelwag; signe de Graefe — *tachycardie*).

3° Un malade atteint de **paralysie de la corde vocale gauche**, due probablement à une arthrite crico-aryténoïdienne d'origine tuberculeuse.

M. Kœnig

Petite fille de 8 ans qui présente une **cicatrisation complète de la paroi postérieure du pharynx buccal**; les piliers postérieurs sont soudés dans la ligne médiane, ne permettant de passer dans le rhino-pharynx qu'une sonde de 7 millimètres de diamètre. L'enfant offre tous les symptômes de l'insuffisance respiratoire nasale. Cet état serait le résultat d'une double amygdalotomie faite il y a quelques années.

M. Cartaz est d'avis qu'il est bien difficile de faire quelque chose pour cet état, mais que seul un appareil prothétique **permanent** pourrait peut-être donner une amélioration.

M. Paul-Laurens présente un **trocart emporte-pièce** qu'il a fait construire par la maison Collin pour réaliser **l'ouverture du sinus maxillaire** par la voie nasale

diaméatique inférieure. Il obtient avec cet instrument une ouverture large.

M. Lermoyez

1° **Polype du sinus maxillaire.** — M. Lermoyez montre une pièce anatomique confirmant la théorie de Killian qui place dans le sinus maxillaire le point de départ des polypes fibro-muqueux du naso-pharynx.

Ce polype du volume d'un œuf de pigeon obstruait le pharynx nasal et sortait par la choane droite. Quelques années auparavant, la malade avait mouché du pus vert fétide par la narine droite à la suite d'une carie dentaire accompagnée de fluxion. Au moment où elle vint consulter, l'écoulement purulent avait cessé; mais la diaphanoscopie montrait encore une obscurité du sinus maxillaire droit.

L'ablation de la tumeur se fit en introduisant dans le méat moyen un crochet au niveau de son pédicule ; l'arrachement provoqua une douleur vive qui se localisa à la joue et aux dents correspondantes.

La pièce présentée se compose d'une tumeur ovoïde qui occupait le pharynx nasal, d'un ruban intermédiaire qui se trouvait dans le méat moyen et d'une partie en éventail qui occupait le sinus maxillaire et qui, sur la pièce fraîche, avait la consistance d'une poche kystique rompue.

2° **Tuberculose nasale.** — M. Lermoyez présente une malade atteinte de tuberculose nasale végétante ayant amené une obstruction nasale complète depuis plus d'un an et occupant la partie antérieure des fosses nasales. M. Lermoyez l'a traitée par le procédé qu'il emploie actuellement en pareil cas, à savoir : décollement de l'aile du nez pour se donner du jour ; résection systématique de tout le cartilage de la cloison; curettage énergique des cornets inférieurs et du plancher.

Quinze jours après l'opération, la malade peut être considérée comme à peu près guérie. Il n'y a ni cicatrice visible extérieure, ni modification dans la forme du nez malgré la résection de tout le cartilage quadrangulaire.

Ce procédé donne des guérisons beaucoup plus rapides que

le procédé classique qui consiste à pratiquer des curettages des régions malades par les orifices naturels. La supériorité de l'exérèse s'affirme dans le cas présent par l'absence de toute récidive même après six mois au niveau de la cloison, tandis qu'il existe encore des zones tuberculeuses restreintes au niveau de la face interne des narines et au niveau de la sous-cloison qui n'ont pu être réséquées et n'ont subi que des curettages.

Ce procédé rapide de guérison par exérèse n'est évidemment applicable qu'aux tuberculoses étendues.

MM. Lermoyez et Poyet

Immobilisation d'une corde vocale. — MM. Lermoyez et Poyet présentent une malade au sujet de laquelle ils voudraient avoir l'avis de la Société.

Il s'agit d'une femme qui fut prise vers le 15 janvier d'une douleur violente de la déglutition et d'enrouement. On constata quelques jours après une rougeur vive du larynx avec des ulcérations aphteuses symétriques au-devant des aryténoïdes. Ces aphtes ont aujourd'hui disparu.

Huit jours plus tard se produisit une forte infiltration de l'aryténoïde gauche en même temps que la corde vocale gauche s'immobilisait en position intermédiaire.

Aujourd'hui l'immobilisation de la corde persiste bien que l'aryténoïde ait repris son volume normal.

Deux hypothèses peuvent expliquer ce cas. Ou bien il s'agit d'une paralysie du récurrent gauche pour laquelle on ne peut trouver d'autre explication qu'une névrite *a frigore*, Ou bien il s'agit d'une arthrite aiguë crico-aryténoïdienne consécutive à une infection de la muqueuse laryngée. En faveur de cette dernière hypothèse plaident la douleur violente de la déglutition ressentie par la malade et le gonflement aryténoïdien gauche.

On remarquera la rapidité avec laquelle s'est faite la compensation vocale : car il n'a fallu que quelques jours à la corde saine pour dépasser la ligne médiane et venir s'affronter avec la corde immobile.

M. LERMOYEZ

Evidement pétro-mastoïdien spontané par cholestéatome. — M. Lermoyez présente une malade de 48 ans ayant une suppuration de l'oreille gauche depuis l'enfance avec paralysie faciale très ancienne; l'otorrhée était tarie depuis trois ans.

Il y a quinze jours, céphalée violente, vertige et ouverture d'une fistule mastoïdienne. La malade est envoyée à l'hôpital pour être opérée d'urgence. On constate que le conduit auditif est bourré de cholestéatome sec. Des injections évacuent l'oreille moyenne de son contenu et l'on constate une belle cavité d'évidement pétro-mastoïdien, faite spontanément par le cholestéatome. Immédiatement après ce déblaiement, la suppuration s'est tarie et la fistule s'est fermée.

Cette malade présente encore un autre intérêt, c'est que du côté gauche l'épreuve de Barany montre une destruction totale du labyrinthe.

M. MAHU

1° Cure radicale de la sinusite maxillaire chronique par voie nasale. — M. Mahu présente : 1° les instruments décrits dans la *Presse Médicale* (n° 12 du 10 février 1909), savoir : une *cisaille perforatrice* fine et des *curettes à tiges malléables*, à l'aide desquels il arrive, par la voie nasale, à trépaner la paroi sinuso-nasale après résection partielle ou totale du cornet inférieur et à cureter le sinus maxillaire;

2° Une femme de 30 ans opérée par ce procédé le 20 janvier dernier et actuellement guérie. Cette malade ayant refusé le chloroforme fut opérée sous cocaïne et l'opération faite en deux séances : 1re séance, résection du cornet inférieur au rabot; 2e séance, quinze jours plus tard, trépanation et curettage du sinus : cette dernière intervention ne dura que huit à dix minutes et le choc opératoire fut à peu près nul.

2° **Une nouvelle pince à épiglotte.**— M. Mahu présente ensuite un instrument très léger, de courbure convenable, destiné à saisir l'épiglotte et à la maintenir, ramenée en avant par le propre poids de l'instrument, lorsque la forme défectueuse de cet opercule masque la vue des cordes vocales.

M. Pasquier

Obstruction membraneuse complète de l'extrémité externe du conduit auditif, accompagnée d'otorrhée, provoquant des crises d'épilepsie. — M. Pasquier présente une petite fille, âgée de 8 ans, qui, à l'âge de 10 mois, fut atteinte simultanément de pneumonie, de varicelle et de rougeole. Il se produisit une otite moyenne suppurée droite et à la sortie de l'hôpital les parents remarquèrent que le conduit auditif externe était complètement obstrué, alors qu'à la naissance il était normalement conformé.

Depuis cette époque l'enfant a toujours présenté de la suppuration de l'oreille droite. Le pus s'écoule par un trajet fistuleux imperceptible à travers la membrane obturatrice du conduit. Parfois cette fistule se ferme ou est insuffisante à l'écoulement du pus, qui descend alors par la trompe d'Eustache, et l'enfant le crache.

Quand la fistule et la trompe d'Eustache sont elles-mêmes obstruées, il se produit de la rétention du pus, occasionnant de vives douleurs dans la moitié correspondante de la tête et deux fois des crises d'épilepsie, avec contractures et secousses convulsives de tout le côté gauche.

M. Gendreau

Traitement de l'ozène par l'étincelle condensatrice de haute fréquence. — Présentation de deux malades atteints d'ozène depuis de nombreuses années et traités, d'après les conseils de M. le professeur Zimmern, par l'étincelle condensatrice de haute fréquence.

La technique employée est la suivante :

La petite électrode condensatrice, montée sur le manche de Bisserié et reliée au grand résonateur d'Oudin, est introduite pendant cinq minutes dans chaque fosse nasale, avec une longueur d'étincelles de 1 à 2 centimètres, trois séances par semaine.

Ces malades, présentés après douze séances, sont très améliorés et peuvent être même considérés comme guéris. Ils n'exhalent plus d'odeur fétide, ne rejettent plus de croûtes; leur respiration nasale est libre et même l'un d'eux a retrouvé l'odorat.

Il semble donc qu'il y ait là un nouveau traitement de l'ozène, capable d'améliorer, sinon de guérir, cette affection si rebelle jusqu'alors aux moyens thérapeutiques employés.



Séance du 10 mars 1909

A L'HOTEL DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Présidence de M. Mahu

Présents : MM. Fournié, Luc, Lermoyez Munch, Ruault, Le Marc'Hadour, Mahu, Cartaz, Rabé, Castex, Veillard, Weill, Kœnig, Hautant, Bosviel, Cauzard, Grossard, R. Foy, Mounier, Collinet.

M. Robert Leroux prie la Société de le remplacer comme secrétaire des séances, les heures de réunions ne lui permettant pas d'y assister régulièrement.

Communications :

M. H. Luc

Deux cas de septicémie d'origine auriculaire.

Observation I. — *Septicémie dans le cours d'une otite aiguë suppurée à streptocoques et à staphylocoques ; terminaison par méningite généralisée.*

Je fus appelé, le 22 février de l'an dernier, par mes confrères les Drs Aviragnet et Clément, auprès du jeune Pierre Gr..., enfant de 11 ans, d'apparence délicate, quelque peu surmené par ses études, qui présentait depuis une douzaine de jours une suppuration aiguë de l'oreille gauche, survenue dans des circonstances étiologiques demeurées assez obscures. Je tiens en effet de mes deux confrères que, trois semaines auparavant, l'enfant avait présenté pendant huit jours une pharyngite érythémateuse accompagnée de stomatite aphteuse et d'érythème polymorphe avec fièvre intense, la température atteignant souvent 40°. Ces diverses manifestations avaient complètement disparu depuis une dizaine de

jours, quand apparut l'otalgie annonçant l'infection auriculaire. Le tympan s'ouvrit spontanément, presque dès le début, donnant issue à une suppuration profuse.

Le Dr Clément m'apprit en outre que, trois ans auparavant, l'enfant avait eu déjà une suppuration aiguë de la même oreille, à la suite d'une ablation d'amygdales et de végétations adénoïdes, qui s'était d'ailleurs assez vite guérie sans incidents spéciaux.

Dans le cas présent, le traitement adopté par le Dr Clément avait consisté en instillations de glycérine phéniquée et en introductions de gaze sèche stérilisée. En outre, quand je fus appelé auprès de l'enfant, il accusait depuis plusieurs jours une céphalalgie diffuse intense, empêchant le sommeil, et contre laquelle mes confrères avaient prescrit une double dose quotidienne de 50 centigrammes d'antipyrine.

Jusqu'au 25 février, la température centrale avait oscillé le plus souvent entre 37° et 38°, atteignant, le 17 et le 21 seulement, tout près de 39°. Le 26, sans frisson préalable, elle marquait 39° 4 le matin et 40° 4 le soir.

C'est en raison de cette élévation thermique, non expliquée, que le Dr Clément, qui devait s'absenter de Paris quelques jours plus tard, me fit l'honneur de m'appeler auprès de l'enfant, afin de pouvoir ensuite me confier la continuation du traitement.

A ma première visite en consultation avec les Drs Aviragnet et Clément, mes constatations furent les suivantes : température moins élevée que la veille : 39°; écoulement de pus abondant, se faisant facilement par la perforation spontanée, large et bien située; pas de sensibilité mastoïdienne à la pression, mais légère raideur douloureuse du muscle sterno-cléido-mastoïdien ; aucun signe de méningite.

Supposant que l'antre participait à la suppuration, en considération de l'abondance de cette dernière, et que l'absence de toute sensibilité mastoïdienne pouvait bien être la conséquence de l'antipyrine administrée à l'enfant, je priai mes confrères d'en suspendre l'administration pendant quelques jours, en vue de faciliter l'interprétation symptomatique.

Le lendemain, la température était à 40°2 le matin et descendait à 38° le soir.

Le 29, température, matin 38°, et le soir 39°6.

Le 1er mars, je fus rappelé auprès de l'enfant. Sa température, qui était à 38°2 le matin, était montée à 39°2 le soir. L'écoulement de pus était toujours abondant, mais en outre je notai cette fois une vive sensibilité de toute la région mastoïdienne à la pression. D'autre part, mes confrères appelèrent mon attention sur un point également douloureux à la pression sur le côté droit du pubis. Malgré l'absence de grands frissons, les oscillations prononcées de la courbe thermique nous portèrent à penser que nous pouvions être en présence d'un cas de pyémie auriculaire, du type bénin, dont le point douloureux du pubis aurait été une manifestation métastatique. Dans tous les cas, la coïncidence d'une vive sensibilité mastoïdienne avec une fièvre élevée nous parut indiquer formellement l'ouverture chirurgicale de l'antre sans retard, et cette opération fut décidée pour le lendemain matin.

Le 2 mars, première opération : ouverture de l'antre.

Je pratiquai cette première intervention avec la précieuse assistance de mon collègue Clément. Je m'attendais à trouver une apophyse remplie de pus : il n'en fut rien : il me fallut traverser une épaisseur d'os de 2 centimètres, en côtoyant de très près la paroi postérieure du conduit (après avoir dénudé involontairement la dure-mère de l'étage moyen, qui fut d'ailleurs trouvée saine), pour trouver enfin l'antre aussi petit que profond. Cet antre se montra tapissé par une muqueuse fongueuse, mais ne renfermait pas de pus sous pression. Après nettoyage du foyer avec de l'eau oxygénée, un drain fut logé jusque dans l'antre, et je le fis ressortir par l'extrémité inférieure de la plaie, qui fut réunie sur le reste de son étendue.

Notre intervention n'eut aucun effet sur la fièvre. En effet la température, qui était à 37°2 le matin, s'élevait à 38°6 le soir; le lendemain, 3 mars, le thermomètre marquait 38°8 le matin et 39°8 le soir. En présence de cette constatation, j'émis l'opinion que peut-être la résection mastoïdienne n'avait pas été poussée assez loin et que sa pointe pouvait renfermer du pus.

Le lendemain, 4 mars (deuxième opération), l'enfant fut

de nouveau chloroformé, et l'apophyse mastoïde fut complètement réséquée, y compris sa pointe.

A vrai dire son tissu paraissait bien quelque peu fongueux ; mais nous n'y trouvâmes point de foyer suppuré à proprement parler. Je poursuivis d'autre part la résection osseuse en arrière, dans la direction du sinus; mais ne rencontrant de ce côté que du tissu d'aspect sain, je jugeai inutile d'insister. La plaie fut laissée largement ouverte et j'appliquai un pansement humide. La température, qui était à 38°5 le matin, baissa le soir à 37°9 ; mais le lendemain, 5 mars, elle remontait à 40° le matin et atteignait 40°4 le soir. La raideur douloureuse du sterno-cléido-mastoïdien avait disparu, et il n'existait aucune modification appréciable le long de la jugulaire. Le point douloureux au niveau du pubis ne s'était pas modifié.

Malgré l'absence de frissons, et bien que le tracé thermique ne fût pas précisément celui de la pyémie, l'idée me vint qu'il pouvait s'agir là d'une thrombo-phlébite limitée au golfe de la jugulaire. et l'ouverture du vaisseau veineux fut décidée pour le lendemain. J'y procédai avec l'aide de mon ami Guisez.

Le 6 mars, troisième opération : ouverture du sinus sigmoïde poussée jusqu'à la base du crâne.

En l'absence de symptômes cervicaux, je jugeai inutile de lier préalablement la jugulaire. Le sinus ne fut trouvé que fort en arrière, sous du tissu osseux d'aspect parfaitement sain. Ponctionné, il donna du sang en abondance.

Je le dénudai jusqu'au niveau du golfe, qui, incisé, donna un jet de sang profus, difficile à arrêter. Tamponnement iodoformé serré.

Immédiatement après l'opération, je pratiquai moi-même dans l'une des veines du bras une injection de 6 centimètres cubes de solution d'électrargol à 1 p. 100.

Ainsi que nous nous y attendions, cette nouvellee opération, dont le résultat immédiat avait été parfaitement négatif, n'eut aucun effet sur la fièvre : température, matin, 38°2; soir, 39°8. Le lendemain, elle était, le matin, à 40°, et dans la soirée elle atteignait 41°.

Après trois interventions successives, la chirurgie n'ayant

eu aucune prise sur la marche de l'infection, puisqu'aucun foyer suppuré n'avait été rencontré, nous arrivâmes à la conclusion que nous étions en présence d'accidents septicémiques, dus à une infection directe du sang et que seule une médication bactéricide portée directement dans le sang aurait chance de se montrer de quelque efficacité. Nous décidâmes dans ces conditions, d'un commun accord, de nous adjoindre le Dr Netter et de lui confier la direction ultérieure du traitement.

Dès le 7 mars, les Drs Netter et Aviragnet injectèrent dans une veine de l'avant-bras 10 centimètres cubes de solution de collargol à 1 p. 100.

Cette injection n'eut aucun effet sur la fièvre, puisque (ainsi que nous l'avons indiqué plus haut) c'est précisément dans la soirée de ce jour-là que la température atteignait son point maximum, 41°.

Diarrhée profuse; évacuations involontaires des matières.

Le 8 mars, à la suite de la forte ascension thermique de la veille, la scène change et apparaissent les premiers signes de l'infection méningée (raideur de la nuque, kernig, inconscience, strabisme, cris hydrencéphaliques), en même temps que la température se maintient au-dessus de 40°.

Pouls 160. Le Dr Netter pratique une ponction lombaire qui donne 10 centimètres cubes de liquide louche, qui sont remplacés par 10 centimètres de solution de collargol injectés dans le canal rachidien.

L'enfant est maintenu pendant la plus grande partie de la journée dans un bain à 38°. La diarrhée continue.

Il est décidé que l'enfant recevra ultérieurement, un jour une injection intraveineuse de collargol, et subira, le jour suivant, une ponction lombaire, suivie de l'injection de la même solution dans le canal rachidien. Cette médication fut poursuivie jusqu'au dernier jour.

Le 9 mars, même symptomatologie, en outre carphologie, grande maigreur, paralysie du moteur oculaire commun à gauche. Cessation de la diarrhée.

Je procède au changement du pansement appliqué sur le sinus ouvert le 6 mars. La circulation est si peu interrompue dans ce vaisseau que la levée du pansement, bien que prati-

quée avec la plus grande précaution, donne lieu à une hémorragie profuse par les deux bouts et très difficile à contenir. Nouveau pansement iodoformé très serré.

11 mars, battements rapides et tumultueux du cœur : le Dr Netter prescrit II gouttes de solution d'adrénaline à 1 p. 1.000 à faire prendre à l'enfant de trois en trois heures.

12 mars, l'enfant prononce quelques courtes phrases distinctes, mais ne reconnaît toujours pas son entourage. Pouls 168.

13, pouls 152. Depuis le 9, la température se maintient avec de faibles oscillations au-dessus de 39°.

14 mars, pouls 140. Température 39° ; mort à 11 heures du soir, après réfrigération progressive des extrémités.

L'examen bactériologique du sang et du liquide céphalo-rachidien pratiqué à plusieurs reprises par le Dr Netter lui avait révélé dans ces deux liquides la présence du streptocoque et du staphylocoque.

Observation II. — *Accidents de septicémie aiguë à la septième semaine d'une otite moyenne suppurée d'origine grippale avec mastoïdite latente. Mort le quatrième jour.*

M. G... 36 ans, professeur, père de famille. Bonne constitution, bonne santé habituelle, peut-être surmenage intellectuel.

Le 8 décembre dernier, prend une grippe qui pendant quatre jours se manifeste simplement par un peu de fièvre et du coryza.

Le 17, je suis mandé auprès de lui par son médecin le Dr Henri Leroux pour une otalgie du côté droit survenue depuis trois jours. Signes d'otite suppurée aiguë. Paracentèse large. Pansement avec glycérine au sublimé et mèche stérilisée qui est renouvelée les jours suivants.

Au bout d'une quinzaine de jours, le malade peut sortir et vient régulièrement chaque jour se faire panser à la maison de santé.

Le 6 janvier, la perforation tympanique s'étant beaucoup rétrécie, tandis que la suppuration persiste abondante, je pratique une nouvelle paracentèse. Le valsalva n'a jamais

cessé de se produire à chaque pansement avec la plus grande facilité.

Le 12 janvier, apparition d'un furoncle dans le conduit qui est ouvert largement. Il s'en produit un autre quelques jours plus tard ; mais ce petit accident ne se renouvelle pas à la suite de l'emploi de la pommade à l'argyrol.

Du 20 au 30, le malade s'étant refroidi ne peut venir se faire panser, mais, sa femme, aussi intelligente que dévouée, s'est fait initier à la pratique des pansements et les exécute chaque jour avec toute l'asepsie désirable.

Au commencement de février, le malade reparaît à ma maison de santé pour ses pansements quotidiens. Son état général est toujours excellent ; il n'a pas de fièvre et n'a jamais présenté à la région mastoïdienne la moindre sensibilité à la pression ; et pourtant je ne doute pas qu'il s'agisse là d'un fait d'antrite latente, basant mon opinion sur l'abondance persistante de la suppuration, qui ne s'est atténuée en rien depuis les six semaines qu'elle dure, et sur cette particularité bien connue que, le fond du conduit à peine étanché, le pus se reproduit aussitôt au niveau de la perforation. Sous l'influence de ce soupçon, je commence à faire entrevoir au malade l'ouverture mastoïdienne comme la mesure qui serait la plus efficace pour mettre fin à cet écoulement interminable.

Sur ces entrefaites, le malade ayant pris le 8 un nouveau refroidissemeni cesse encore une fois de venir à ma maison de santé, et de nouveau sa femme s'acquitte du soin de le panser.

Le 11 février, après une bonne journée, il est pris dans la soirée d'un grand frisson qui dure une demi-heure.

Le lendemain, 12 février, température rectale 38° 3.

Le 13, les accidents septicémiques qui couvaient depuis deux jours éclatent avec intensité : température 38° le matin ; frisson très intense de 11 h. 1/2 à midi, à la suite duquel la température monte à 40° et survient un peu de délire. Sensation de casque autour de la tête. Douleurs dans la nuque et le rachis. Trois vomissements alimentaires, puis un bilieux.

Mandé d'urgence auprès du malade à 5 heures de l'après-

midi, après avoir eu connaissance des symptômes sus-indiqués, et bien que ne constatant toujours aucun signe mastoïdien, je décide le transport immédiat à ma maison de santé, afin de pouvoir intervenir dès le lendemain matin, s'il y a lieu.

Le 14 février à 7 h. 1/2 du matin, nous nous trouvons les Drs H. Leroux, Netter et moi-même, réunis en consultation auprès du malade.

A part le signe de Kernig très manifeste, les symptômes de méningite ont disparu. En effet la céphalée s'est beaucoup atténuée, il n'y a pas de raideur de la nuque, et les vomissements ne se sont pas reproduits. Le malade, à part une légère excitation explicable par la fièvre (39° 7), a toute sa lucidité.

Le Dr Netter commence par pratiquer une ponction lombaire et retire 5 centimètres cubes de liquide, dont nous ne pouvons apprécier le degré de clarté en raison de la forte proportion de sang qu'il contient. (L'examen bactériologique de ce liquide, pratiqué quelques jours plus tard par M. Robert Debré, interne de M. Netter, établit qu'il ne renfermait d'autres éléments figurés que des globules de sang, notamment point de microbes. D'autre part les essais de culture demeurèrent stériles.)

Immédiatement après, il injecte dans une des veines du bras 4 centimètres cubes d'une solution de collargol à 1 p. 100.

Malgré l'absence des signes classiques de mastoïdite, comme depuis plusieurs semaines je n'ai jamais cessé de soupçonner la participation de l'antre à la suppuration, je propose à mes confrères et au Dr Arnout, parent du malade, d'en pratiquer séance tenante l'ouverture, et leur approbation est unanime.

Donc, à 9 h. 1/2, avec la précieuse assistance des Drs Arnout et Marcorelle, le chloroforme étant administré par le Dr Leroux, je procède à l'intervention en question.

Sous une corticale peu épaisse, je trouve un antre spacieux rempli de pus. Je note une largeur remarquable de l'aditus permettant d'introduire facilement une petite curette jusque dans la caisse, ce qui explique amplement la latence de

l'antrite, le pus ne devant éprouver aucune difficulté à s'écouler dans cette direction.

Systématiquement je découvre en haut la dure-mère de l'étage moyen et en arrière le sinus sigmoïde ; mais, pour atteindre ces deux régions de la dure-mère, je traverse une couche d'os d'apparence saine, et toutes deux paraissent normales. Je décide donc d'arrêter là mon intervention, et après un abondant lavage du foyer avec de l'eau bouillie additionnée d'eau oxygénée, j'applique un pansement humide.

Quand je revois l'opéré dans la journée avec le Dr Leroux, je le trouve toujours non délirant, seulement excité. Il n'a pas eu de vomissements malgré le chloroforme ; mais nous sommes frappés des caractères du pouls, qui est précipité, irrégulier et filiforme, au point qu'on a de la peine à en enregistrer les battements (160). Le cœur offre le type des battements dits embryonnaires : ses deux temps ont la même force et ses battements ne sont pas tous transmis jusqu'au pouls. Kernig toujours très prononcé, mais pas de raideur de la nuque. Disparition de toute céphalalgie. Pas de troubles oculaires.

15 février, au changement de pansement, le foyer est trouvé complètement désinfecté. L'otorrhée a été supprimée par l'intervention.

Le kernig est toujours des plus évidents : quand on prie le malade de s'asseoir, il met instinctivement les jambes hors du lit, avant de se dresser. Poumons intacts. Rate à peine augmentée de volume. Pour la première fois ce jour-là albuminurie (1 gr.5 par litre). Température toujours voisine de 40°. Battements du cœur de plus en plus faibles et précipités ; pouls de plus en plus filiforme (170).

Le Dr Netter prescrit une application continue de glace sur le cœur et à l'intérieur une dose de V gouttes de solution d'adrénaline au millième à répéter toutes les six heures.

Je pratique moi-même à 4 heures de l'après-midi une deuxième injection intraveineuse de 5 centimètres cubes de la solution de collargol à 1 p.100.

La température n'en persiste pas moins au-dessus de 40.

16 février, à partir de 6 heures du matin, commencement

du refroidissement des extrémités, tandis que le pouls devient incomptable.

Perte graduelle de la connaissance à partir de 9 heures.

Mort à midi trois quarts.

J'ai cru faire œuvre utile en publiant ces deux faits malheureux, comme contribution à la question encore mal élucidée de la septicémie d'origine auriculaire.

En les analysant comparativement, nous constatons que, dans l'un et l'autre cas, l'infection sanguine ne se manifesta pas dès le début de l'otite ; mais, tandis que chez le jeune Gr... elle apparut au dixième jour de la maladie, ce n'est qu'au bout de deux mois d'otorrhée qu'elle éclata chez M. G...

Chez tous deux la septicémie s'exprima cliniquement par deux symptômes dominants : l'hyperthermie, avec des oscillations beaucoup plus prononcées chez l'enfant que chez le malade adulte, et vers la fin, par un remarquable trouble cardiaque, se traduisant par des battements de plus en plus rapides et tumultueux et par un pouls de plus en plus précipité et filiforme. Nous notâmes en outre chez M.G... les caractères dits embryonnaires des battements cardiaques : les deux battements étant frappés avec une égale force tant à la base qu'à la pointe.

Dans les deux cas, la mort fut précédée d'une réfrigération progressive des extrémités.

A côté de ces analogies, nous avons une différence capitale à relever entre les deux histoires cliniques : tandis que chez le jeune Gr..., qui avait présenté une vive sensibilité mastoïdienne à la pression, les trois interventions faites successivement sur l'apophyse n'y révélèrent aucun foyer purulent, chez M. G... l'apophyse, qui à aucun moment de l'évolution de l'otite n'avait présenté ni tuméfaction ni la moindre sensibilité à la pression, fut trouvée remplie de pus.

En outre, tandis que chez l'enfant l'infection d'abord purement sanguine se transmit onze jours plus tard à la cavité arachnoïdienne, chez M. G..., à part le Kernig, quelques vomissements, le premier jour seulement, et une céphalalgie transitoire, le tableau clinique de la méningite fit défaut, et au surplus l'examen du liquide extrait par ponction lombaire donna un résultat négatif. Chez lui nous pouvons dire

que la septicémie demeura pure jusqu'au dénouement fatal.

Si maintenant nous cherchons à dégager un enseignement de ces deux faits malheureux, une première et bien triste conclusion s'impose à nous : l'impuissance absolue de nos moyens d'action, tant généraux que locaux, dirigés contre l'infection sanguine, une fois qu'elle s'est nettement déclarée.

En revanche, nous sommes naturellement portés à nous demander si ces accidents ne pourraient être préventivement écartés par une intervention suffisamment hâtive.

Pour ce qui est du premier de nos cas, il serait difficile de répondre affirmativement à cette question, puisque pour lui l'acte chirurgical fut aussi stérile que précoce, ne laissant découvrir aucun foyer, ni osseux, ni périsinusal, ni intraveineux.

Il en va tout autrement dans le cas de notre second malade. Ici les accidents septicémiques n'éclatèrent, fait vraiment exceptionnel, qu'à la septième semaine d'une otite grippale aiguë, qui n'avait jusque-là aucunement retenti sur l'état général, mais que compliquait vraisemblablement dès le début une participation latente de l'antre à la suppuration.

Il me semble qu'il y a là pour nous matière à de graves et salutaires réflexions.

Déjà à diverses reprises, et notamment il y a trois ans, lors de la réunion de la Société française d'otologie en 1906, j'ai saisi l'occasion de dire ma pensée relativement au caractère irrationnel du traitement qu'il est d'usage parmi nous, suivant les vues généralement admises, d'opposer à ces suppurations aiguës spéciales de l'oreille moyenne, dont l'abondance et la persistance ne sauraient s'expliquer que par une antrite concomitante. Mais j'avais cru jusqu'ici que le seul inconvénient de l'abstention opératoire était de retarder la guérison ; j'étais loin de me figurer qu'elle entraînât pour nos malades un pareil danger vital. Or le péril en question ne ressort que trop clairement de la lecture de ma deuxième observation. Il me semble en effet bien difficile de mettre en doute que, dans ce cas, l'infection sanguine ait eu son point de départ dans l'antre, dont le pus ne s'échappait que goutte à goutte par la voie de l'aditus et de la caisse.

Que si, comme j'en avais eu à plusieurs reprises la pensée dans la deuxième moitié de janvier, je m'étais décidé à cette époque à trépaner l'antre, en vue de tarir rapidement l'otorrhée, du fait de l'ouverture large et de la désinfection de la totalité du foyer, il y a tout lieu de croire que j'aurais, en même temps, à mon insu, mais non moins efficacement écarté de mon malade des accidents mortels qui devaient éclater quelques semaines plus tard.

S'il est en clinique des expériences chèrement acquises, le cas de ce malade en est un nouvel exemple.

Il s'agissait en effet d'un homme dans toute la force de l'âge, distingué et sympathique à tous égards, soutenant sa famille par son travail, marié à une jeune femme, dont nous pûmes, au cours de cette douloureuse épreuve, apprécier la tendresse et la vaillance, et qui allait dans quelques mois lui donner un troisième enfant. Il est vraiment difficile d'imaginer un plus grand désastre familial.

Le lendemain du triste dénouement, je m'entretenais avec mon collègue et ami Guisez, qui après avoir vu le malade à diverses reprises, avait naturellement fini par s'intéresser à lui, et tous deux, cherchant à tirer de ce fait un enseignement, nous concluions d'un commun accord à l'adoption de la ligne de conduite suivante, pour les cas semblables d'otite suppurée aiguë, avec présomption d'antrite latente, que nous pourrions avoir l'occasion de traiter dans l'avenir :

En pareille circonstance, quand la suppuration persiste sans atténuation de son abondance au delà de la troisième ou quatrième semaine au plus, prévenir le malade que, s'il se peut que l'otorrhée finisse par se tarir sans opération, ce résultat risque fort de se faire longtemps attendre, et que, de là à ce qu'il soit obtenu, il demeure exposé à des accidents de la plus haute gravité, qu'en revanche l'ouverture de l'antre présenterait le double avantage de le préserver de ce danger et de mettre fin rapidement à sa suppuration; et si, malgré cet avertissement, le malade et les siens optaient pour l'abstention, leur en laisser l'entière responsabilité.

Discussion :

M Castex. — Les deux malades de Luc me rappellent exactement deux de mes malades pour lesquels j'ai eu, comme lui, à déplorer une issue mortelle. Même tableau clinique, mêmes hésitations pour le diagnostic de complications latentes. J'appuierai donc ses conclusions en faveur des interventions promptes et je formulerai comme suit ma ligne de conduite pour l'ouverture de la caisse et de l'antre : dans le doute ne pas s'abstenir.

M. Lermoyez — Le mot septicémie a une signification extrêmement vague, qui peut prêter à des malentendus. Dans toute otite aiguë, lorsqu'il y a de la fièvre, celle-ci traduit une résorption de toxines et constitue de la septicémie à un degré variable. Toutefois, en clinique on est convenu de ne considérer comme septicémie qu'une fièvre à grandes oscillations thermiques affectant la courbe en aiguilles de la pyohémie chirurgicale. Or, ce serait une erreur de croire que la grande septicémie otogène est toujours fonction d'une thrombo-phlébite du sinus latéral, soit totale soit pariétale. Cette septicémie peut se produire toutes les fois qu'il y a rétention de germes très virulents dans les différents points de l'oreille moyenne. Je l'ai vue plusieurs fois disparaître après une simple paracentèse du tympan. Je l'ai vue cesser après une trépanation mastoïdienne. Je l'ai vue se terminer après évacuation d'un abcès extra-dural sans participation du sinus. Il importe donc, même en présence de la septicémie la plus caractérisée de procéder du simple au composé et d'ouvrir successivement la caisse, la mastoïde, le crâne avant d'en arriver à l'incision du sinus latéral, qui, en cas d'intégrité de ce dernier, est toujours une intervention aléatoire.

Il serait intéressant si l'on pouvait tracer différents schémas cliniques suivant le lieu d'origine de ces septicémies otogènes. Le symptôme qui à cet égard me paraît le plus important à considérer est le grand frisson solennel. Je ne l'ai presque jamais vu manquer dans le cas de thrombophlébite sinusale; au contraire, dans les septicémies otogènes non sinusales, même lorsque la courbe thermique montrait

d'énormes oscillations, je ne l'ai pour ma part jamais observé. Je n'ai vu en pareil cas que des frissonnements répétés mais légers.

Pour ce qui est de l'indication chronologique de la trépanation de l'apophyse, je suis d'accord avec Koerner et avec Luc pour admettre que tout écoulement purulent de l'oreille moyenne qui persiste plus d'un mois sans s'atténuer impose l'ouverture de l'apophyse, même en l'absence de tout autre symptôme. J'ai d'ailleurs montré dans une statistique antérieure que lorsque les otites aiguës sont convenablement traitées par des pansements aseptiques secs et occlusifs, elles évoluent en général suivant deux types cycliques : un type court qui dure de dix à quinze jours; un type long d'une durée moyenne de quatre semaines. Et de cette statistique on peut conclure qu'un écoulement aigu de l'oreille moyenne, qui après un traitement logique persiste plus d'un mois, est certainement entretenu par une ostéite mastoïdienne qu'il importe de trépaner dans le double but de garantir l'ouïe et la vie du malade contre une surdité probable ou une mort possible.

M. Lombard. — J'ai observé deux faits intéressants de septicémie auriculaire.

Le premier concerne une jeune fille de 15 ans atteinte d'otite moyenne aiguë droite paracentésée deux fois par un confrère : la première fois au début de l'otite, la deuxième dans la crainte d'une rétention alors que la température était déjà fort élevée. Je vis la malade après cette deuxième paracentèse. Elle avait eu des frissons la veille, me dit-on, et présentait une température de 40° le soir, 37° le matin. L'oreille suppurait à peine. Je fis une antrotomie classique : je ne trouvai rien ni dans l'antre ni dans les cellules. Après la trépanation, la courbe thermique ne fut pas modifiée. Je n'ouvris pas le sinus et ne fis aucune opération veineuse. M. Netter, qui vit la malade à ce moment, et moi-même décidâmes d'appliquer la médication par le collargol. L'administration du médicament par la voie stomacale et les frictions ne donnant pas de résultat appréciable, une injection intraveineuse fut pratiquée avant d'entreprendre une opération sur le sinus qui paraissait devenir nécessaire. Après la réac-

tion franche bien connue, la fièvre tomba définitivement et la malade guérit sans recourir à une deuxième opération.

Autre fait : il concerne un enfant de 12 ans qui, dans la convalescence d'une grippe, commence une otite moyenne gauche : celle-ci s'annonce par une douleur intense et une élévation de la température à 40°. La douleur cède pendant la nuit. Les jours suivants, malgré une indolence presque complète, la température oscille entre 40°, 40°6 le soir, et 37°, 36°8 le matin. Je suis appelé au quatrième jour, le segment postérieur de la membrane est tombant et rouge : intégrité complète du segment antérieur. Pas d'œdème, pas de douleur à l'exploration de l'apophyse. Je fais une paracentèse large et, d'accord avec le confrère qui traitait le malade, nous instituâmes le traitement par injections intra-musculaires d'électrargol. Quarante-huit heures après la paracentèse et vingt-quatre heures après la première injection, la température était normale.

Dans les deux cas, l'état général était franchement mauvais et me donnait les plus vives inquiétudes.

Ces formes cliniques rentrent à n'en pas douter dans ce groupe de faits de pyémie sans trombose décrits depuis longtemps par Koerner. On a invoqué pour les expliquer la phlébite des veinules intra-osseuses. Est-ce bien nécessaire ? Je crois qu'il s'agit simplement d'une forme particulière d'otite, l'otite septicémique. C'est une des formes de l'infection auriculaire. Il y a des otites septicémiques à réaction locale très réduite, au début du moins, comme il y a des otites à réaction locale franchement inflammatoire, telle l'otite phlegmoneuse, l'otite hémorrhagique.

Il conviendrait donc de distinguer :

Des otites septicémiques ;

Des pyémies auriculaires dans lesquelles l'infection sanguine est consécutive à celle du système veineux péripétreux.

En ce qui concerne plus particulièrement les indications de l'opération mastoïdienne dans les otites qui suppurent depuis plus de quatre semaines, je suis de l'avis de M. Luc : il faut se mettre à l'abri d'une complication éventuelle en ouvrant l'apophyse. Certes, il y a des otites qui guérissent après quatre, six et même huit semaines. Mais l'ouverture de

l'apophyse correctement exécutée n'est pas une opération grave : il vaut mieux pécher par excès de prudence et opérer trop tôt que trop tard après l'apparition d'une complication.

M. Luc. — Mon expérience ne concorde pas avec celle de M. Lermoyez quant à la valeur pronostique de la présence ou de l'absence des grands frissons dans le cours des accidents pyémiques ou septicémiques d'origine auriculaire.

En effet j'ai constaté ce symptôme avec la plus grande intensité dans les deux cas de pyémie sans trombo-sinusite que j'ai publiés dans mon *Recueil de leçons* (p. 412 et 414). Les deux jeunes malades en question guérirent sans avoir subi d'intervention sur la mastoïde ni sur le sinus latéral, et ils ne furent pas soumis non plus au traitement par le collargol ou l'électrargol, pour la bonne raison que ces médicaments n'étaient pas encore connus alors. Si la médication en question avait pu leur être appliquée, nul doute qu'on ne lui eût rapporté l'honneur de la guérison. En somme la différenciation clinique entre les formes bénignes et malignes des accidents septicémiques et pyémiques, d'origine auriculaire, représente encore actuellement, à l'heure qu'il est, un des problèmes les plus embarrassants qui puissent se poser à nous.

Dr Paul Viollet

Singuliers défauts de prononciation, chez un enfant porteur de végétations adénoïdes guéries par l'intervention. — Pierre G..., 4 ans et 2 mois, m'est conduit le 14 septembre 1905 pour des défauts marqués de prononciation. Né à terme, il a été nourri par sa mère pendant 23 mois, ce qui est déplorable pour la mère et pour l'enfant; de plus sa mère le nourrit d'abord avec peine, par suite d'une infection post-partum dont l'enfant eut à souffrir, son alimentation fut mixte pendant 4 mois (lait stérilisé et lait de la mère). Pesant 8 livres à la naissance il aurait été atteint quelque temps de sclérème des nouveau-nés; cet enfant est resté nerveux, délicat. La mère et le père sont du reste bien

portants, l'enfant lui-même n'est pas mal développé, aucune trace de rachitisme, petite taille : 0 m. 97; poids : 32 livres; périmètre thoracique: 0 m. 49, chiffres qui sont au-dessous de la normale à cet âge, cependant l'enfant aurait marché à 13 mois.

Cet enfant n'aurait commencé à parler qu'à 2 ans et demi, tandis que sa sœur à 14 mois parlait déjà, à 3 ans on ne saisissait rien de sa conversation, actuellement il déforme la prononciation de quantité de mots.

Il dit :

paiss, quiss, fiss, famiss, guissot

pour :

paille, quille, fille, famille, Guillot (son nom);

soless, semess, abessile, amesset

pour :

soleil, sommeil, abbaye, tramway ;

pule, mule, fule, lulu

pour :

poule, moule, foule, loulou ;

pon, pour bon ;

monte pour monde;

mia pour moi, etc.

Je constate en outre chez cet enfant une diminution de l'audition, la montre ne paraît être entendue qu'à 0 m. 40 à gauche, 0 m. 60 à droite, les tympans sont déprimés, le reflet lumineux du tympan est très atténué à gauche.

La respiration de l'enfant est très gênée, surtout la nuit, il suffoque, a des accès de toux rauque, paraît toujours enrhumé, présente une adénite cervicale bilatérale volumineuse. Au toucher, je constate la présence d'une forte masse de végétations adénoïdes. Opération, sans anesthésie, le 19 septembre, je curette une masse volumineuse pesant 4 grammes. Les suites de l'intervention se sont passées sans le moindre incident.

Le 26 septembre, l'examen des oreilles montrait que les tympans avaient repris leur transparence normale des 2 côtés et que le reflet lumineux était reparu à gauche comme à droite. Le nez était du reste complètement nettoyé.

Le 9 novembre, 50 jours après l'opération, l'enfant donnait

à peu près exactement la prononciation de tous les mots énumérés plus haut; depuis, elle est devenue tout à fait normale.

Si l'on envisage les défauts de prononciation présentés par cet enfant avant toute intervention, on se rend compte qu'il ne s'agit pas ici de défauts provenant d'une simple obstruction nasale causée par la présence de végétations adénoïdes. Le caractère en pareil cas nous en a été décrit depuis longtemps par notre confrère le Dr Lœwenberg : les malades dont le pharynx nasal est assez obstrué ont de la difficulté à prononcer des résonances comme *m* et *n* ; s'ils veulent les formuler ils prononceront *bêbe* au lieu de *même*, *dez* au lieu de *nez*, *bère* au lieu de *mère*, ils diront *pacha* pour *penchant*, *mama* pour *maman*, ils éluderont, dans les mots terminés en *an*, *ein*, *on*, *un*, cette terminaison. C'est là du nasonnement.

Mon petit patient disait *demeun* pour *demain*, *penn* pour *pain*, de même il disait *pon* pour *bon*, *monte* pour *monde*. Ce n'est pas l'excès de résonance nasale qui peut expliquer la prononciation des *ll* mouillés en *ss*, du son *ou* en *u*, etc. Il ne me semble pas non plus qu'il s'agisse ici de simples défauts d'articulation tenant à l'âge de l'enfant, du genre de ceux que l'on observe chez les tout petits qui s'essaient depuis peu à parler. Un enfant de 2 ans a souvent des défauts de prononciation, il dira *kain* pour *pain*, *toneau* pour *grelot*, *quiné* pour *quille*, *poun* pour *poule*, *bonfoir* pour *bonsoir*, *sonet* pour *soleil*, *tammé* pour *tramway*, mais ce sont là des incapacités articulaires, des déformations de mots par difficulté de les prononcer correctement dans ce jeune âge ; à 2 ans 1/2, 3 ans au plus tard, l'enfant aura un langage à peu près correct et ne fera plus que des fautes de grammaire.

Un enfant de plus de 4 ans, ayant les particularités de langage que j'ai signalées au cours de cette observation, doit offrir des motifs différents de parler ainsi. A 3 ans on ne comprenait rien de ce qu'il disait, aussi les défauts de prononciation que je constate à l'âge de 4 ans passés sont-ils très spéciaux, ils consistent en une sorte de systématisation dans la déformation des mots prononcés ; ce sont des sons ayant entre eux quelques analogies que l'enfant ne réussit pas à répéter, ce sont des sons complexes, tels que *eil* dans

soleil, sommeil, *aye* (*ëi*) dans abbaye, *way* (*oué*) dans tramway. L'enfant y supplée par une sorte de prononciation uniforme, il leur substitue le son *ss*, il dira *soless*, *somess*, *abessile*, *amesset*; il en sera de même des *ll* mouillées, il dira *paiss*, *quiss*, *fiss*, *famiss*, *guissot* pour *paille*, *quille*, *fille*, *famille*, *guyot*; de même pour le son *ou* : il dira *pule*, *fule*, *lulu*, pour *poule*, *foule*, *loulou*.

C'est là une particularité bien spéciale qui ne me paraît pouvoir s'expliquer que par le catarrhe tubaire diminuant la mobilité des osselets et par suite celle de la membrane tympanale. Ce n'est plus ici l'obstruction nasale seule qui intervient dans la phonation défectueuse, c'est avant tout et par surcroît l'infériorité de la perception auriculaire qui est en cause; l'enfant nasonne mais il a en outre une audition diminuée pour certains sons peut-être trop élevés et de perception un peu complexe, tels que ceux déjà cités de aye *aye* (ei) *way* (oué) ainsi que pour les sons faibles et bas des deux *ll* mouillées et du *ou*.

L'opération aurait donc agi ici en rétablissant, non seulement la résonnance naso-pharyngienne normale, mais aussi en dégageant l'ouïe, d'où une distinction plus nette des sons par l'oreille, lui permettant d'apprécier la valeur exacte des mots entendus; la prononciation de l'enfant devient alors normale, sans nasonnement et exacte dans ses termes.

A l'occasion de l'observation que je viens d'exposer, je me permets de faire quelques réflexions sur le cas d'un autre enfant G. Le Q..., âgé de 5 ans 1/2 qui m'a été présenté le 26 mai de cette année; il s'agissait d'un enfant à qui M. Bélanger, professeur à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, faisait déjà depuis 1 an 1/2 l'apprentissage de la parole, c'est-à-dire qu'on le croyait sourd-muet.

Je vois un enfant qui entend la montre à répétition de son père, le sifflement que fait son père avec sa bouche, qui comprend et exécute ce qu'on lui commande à voix haute; même à une courte distance l'enfant ne répète pas trop mal ce qu'il a ainsi entendu; l'oreille gauche serait moins bonne que la droite et en effet je note à l'examen des tympans très enfoncés, surtout à gauche l'ombilic est particulièrement déprimé de ce côté; les triangles lumineux sont réduits à

un point lumineux ombilical. En revanche je constate que membranes et marteaux et par conséquent les osselets sont mobiles au Siegle des deux côtés. Examinant le nez, je note à droite la présence d'un éperon de la cloison réduisant notablement la fosse nasale de ce côté; puis, après quelques essais infructueux de rhinoscopie postérieure, je constate par toucher digital la présence d'une grosse masse de végétations feuilletées; je tente sans succès la manœuvre de Politzer désirant m'assurer de l'amélioration possible de l'ouïe avant l'opération. L'enfant comprenant mal ce qu'on lui explique ne me permet pas de réussir.

Je comptais après mes constatations revoir l'enfant, je ne le revis pas. Mais j'appris que mon maître, notre confrère M. Lubet-Barbon avait été à son tour consulté pour le même enfant. M. Lubet-Barbon me dit avoir constaté lui aussi des végétations; ayant pu pratiquer avec succès le Politzer sans obtenir d'amélioration auditive, M. Lubet-Barbon a conclu à la non intervention, estimant l'enfant « quasiment sourd-muet » : ce sont là ses propres expressions.

C'est à propos de ce cas que je serais heureux de prendre l'avis de cette société : chez un enfant de 5 ans 1/2, supposé sourd-muet, je constate une audition relativement conservée pour la voix haute, à une courte distance il est vrai; des tympans mobiles mais fortement déprimés et sans presque de reflet, ce que j'admets être le résultat vraisemblable de l'obstruction du pharynx et d'une fosse nasale par de fortes végétations et un éperon. Ces végétations peuvent exister depuis 2 ou 3 ans, l'audition, et, secondairement, la parole ont pu en subir le contre-coup, je crois l'avoir montré par l'observation précédente.

C'est là une constatation que le Dr Brindel, dès 1899, faisait dans un travail intitulé : « Suites éloignées de l'opération des végétations adénoïdes » où il faisait remarquer les effets du traitement chez les sourds-muets encore jeunes. A la suite de l'adénotomie, les enfants acquièrent assez fréquemment une acuité auditive suffisante pour entendre des mots et apprendre à parler plus facilement (*Revue hebdomadaire*, de Moure, n° 38, septembre 1899, p. 318).

Ne serait-ce pas, malgré les présomptions fâcheuses, pour

cet enfant, de surdi-mutité, un devoir de lui donner la chance de voir s'opérer un certain dégagement de ses oreilles, peut-être? de son nez et de son pharynx en tout cas? ce qui ne pourrait être qu'utile à l'apprentissage du langage en supprimant les fausses résonances et en permettant une émission plus facile et plus normale.

Ne serait-ce pas rendre service à l'enfant au seul point de vue de sa santé générale et de sa croissance?

Malheureusement il est quelquefois difficile de faire comprendre les meilleures vérités aux parents d'un enfant.

M. Castex. — Les sourds-muets n'ont pas des adénoïdes plus souvent que les autres enfants et comme leur surdité est généralement de siège labyrinthique ou cérébral, le curettage du cavum n'y remédie que rarement. Néanmoins, l'opération peut leur être très utile pour l'amélioration de leur état général.

M. Grossard répond à M. Viollet qu'il opère les sourds-muets atteints de végétations adénoïdes et de gêne respiratoire nasale, autant pour améliorer l'état général de l'enfant qu'améliorer les vestiges d'audition qui existent parfois chez les sourds-muets.

M. A. Castex

Infections distantes chez les ozéneux. — L'auteur communique quelques faits d'infection à distance dans l'ozène.

C'est le cas d'une femme de 40 ans qui présentait des adénopathies sous-maxillaires et carotidiennes à gauche. Elles disparurent lentement à mesure que l'état des fosses nasales s'améliorait.

Un jeune homme avait des troubles digestifs : anorexies, diarrhées fréquentes, etc., qui disparurent quand son ozène fut amélioré par les injections de paraffine.

Maintes fois les ozéneux ont des troubles cérébraux : céphalalgies, torpeur cérébrale, bizarreries de caractère. Castex mentionne un suicide chez une de ses malades.

Au total on peut enregistrer, jusqu'à présent, les compli-

cations digestives, respiratoires, ganglionnaires, oculaires et cérébrales.

M. G.-A. Weil rappelle une observation recueillie dans le service du D[r] Babinski et rapportée dans la thèse de Lumineau. Femme atteinte de vertige auriculaire et d'obnubilation mentale, atteinte aussi de rhinite atrophique. La ponction lombaire guérit le vertige, fit disparaître les troubles mentaux et améliora la rhinite. Il se produisit notamment un écoulement nasal sérieux assez abondant après la rachicentèse.

M. Kœnig. — Il y a encore les complications de tuberculose pulmonaire, très fréquentes selon les auteurs.

M. F. Munch

Sur certains perfectionnements apportés à la méthode d'endoscopie directe (trachéo-bronchoscopie, œsophagoscopie, gastroscopie). — L'endoscopie directe des conduits tubulaires et des organes creux accessibles par l'orifice buccal n'est devenue possible que grâce aux progrès de la technique qui ont été réalisés au cours de ces dernières années Les premières tentatives de Kussmaul, de Mikulicz, de Rosenheim, de Kelling, d'Einhorn sont restées de simples essais, et les méthodes mises en œuvre par ces auteurs ne sont entrées dans la pratique que le jour où les perfectionnements de l'instrumentation ont rendu l'exploration de la trachée, des bronches et de l'œsophage suffisamment commode.

La construction des éclaireurs électriques a marqué à ce point de vue un pas décisif. L'éclairage est en effet la pierre d'achoppement de l'endoscopie : le pinceau lumineux que le tube fait pénétrer jusqu'à la région soumise à l'examen, est fort étroit, et il importe que l'éclairage soit très puissant pour qu'à la profondeur voulue l'intensité lumineuse soit suffisante. La lampe électrique de Kirstein — si l'on se sert d'un éclairage frontal — et l'éclaireur électrique de Casper — si l'on choisit un éclairage électrique adapté à l'entrée du tube — réalisent le meilleur éclairage que l'on puisse obtenir par

ce procédé. Le miroir électrique de Clar rend d'ailleurs les mêmes services que la lampe de Kirstein : l'un et l'autre sont préférables à l'éclaireur à trois lampes de Guisez. Ces deux méthodes fondamentales de l'éclairage endoscopique — la lampe frontale et l'éclaireur orificiel — ont chacune leurs inconvénients : l'une, à cause des difficultés du centrage ; l'autre, en raison de la gêne apportée à l'introduction des instruments dans le tube endoscopique. Les deux ont le très gros désavantage de comporter une déperdition énorme de l'intensité de l'éclairage. C'est pourquoi Jackson reprit à son compte une idée que Mikulicz, avec les moyens imparfaits dont il disposait alors, avait déjà tenté de réaliser, et adopta un éclairage interne et terminal, c'est-à-dire logé dans l'intérieur du tube endoscopique et au voisinage de son orifice profond. C'est là un perfectionnement important que la construction d'ampoules électriques dites froides, à filament métallique, a rendu possible. Plus récemment, Cauzard s'est efforcé d'obtenir un résultat similaire. Pour ma part, j'ai pensé qu'il y avait lieu d'apporter à l'instrumentation dont il s'agit diverses modifications de nature à rendre son emploi plus commode et plus facile.

Les tubes endoscopiques que j'ai fait établir par la maison Vaast comportent une canalisation accessoire, destinée au passage exclusif de la tige porte-lampe. Il m'a effectivement paru indispensable d'isoler cette tige d'une manière parfaite. Car si le porte-lampe est placé dans le tube endoscopique même, il risque d'être endommagé par les divers instruments (pinces, stylets) que l'on introduit dans le tube. En outre, la tige, longue et mince, qui porte la lampe à son extrémité peut se gauchir, et alors la lampe ne s'applique plus exactement contre la paroi du tube, mais fait plus ou moins saillie dans sa lumière. Afin de sacrifier au petit tube réservé à la tige porte-lampe le moins d'espace possible, il m'a paru avantageux d'adopter le dispositif du proctoscope de Lion et Bensaude et de l'uréthroscope de Luys ; le petit tube est encastré dans la paroi du tube principal, endoscopique, de telle sorte que son axe longitunal coïncide rigoureusement avec une génératrice du gros tube. Le petit tube qui présente, paroi comprise, une épaisseur de 3 m. 1/2 fait alors une légère

saillie tant à la face externe qu'à la face interne du tube endoscopique. Mais, précisément par le fait que son volume se répartit sur les deux côtés de la paroi du tube principal, le volume de l'instrument n'est pas augmenté au point qu'on en soit gêné, et la lumière du tube endoscopique présente une réduction trop peu notable pour qu'il en résulte un inconvénient à l'usage.

La construction de l'extrémité profonde de l'instrument a offert quelques difficultés. Il eût été très simple de faire aboutir le petit tube par une ouverture spéciale à côté de l'orifice du tube endoscopique et de placer la lampe à ce niveau. Cela eût isolé l'ampoule électrique d'une manière parfaite. Je n'ai toutefois pas cru pouvoir m'arrêter à cette disposition, afin de ne pas avoir de saillie extérieure, demeurant en dehors du champ de la vision et que ne surveillerait par l'œil au moment de l'introduction de l'instrument. Le bec de flûte long de 18 millimètres qui constitue l'extrémité inférieure émoussée de l'instrument appartient donc exclusivement au tube principal, et le petit tube est aplati à ce niveau. Sur les 14 derniers millimètres de sa longueur on a enlevé la paroi interne du petit tube. C'est là, dans une sorte de niche ainsi formée, que vient se loger la lampe. Celle-ci éclaire le champ opératoire latéralement, par une fenêtre que présente le petit tube. Malgré cela, le champ est éclairé d'une manière très intense et parfaitement homogène. L'éclairage latéral est d'ailleurs plus avantageux que l'éclairage terminal pour reconnaître de fins détails ; c'est là une notion banale en ophtalmologie.

Les lampes employées dans l'instrument dont il s'agit sont de petites ampoules électriques, dites froides, de 3v75. Elles sont alimentées par une batterie de 2 accumulateurs, mesurant avec la boîte qui la renferme $4 \times 15.4 \times 12$ centimètres et donnant 7 ampères heures. On obtient d'ailleurs un éclairage tout aussi satisfaisant à l'aide de lampes de 0v75 et d'un accumulateur fournissant sous un volume plus réduit encore un ampérage supérieur (10 A.H.).

Les ampoules sont fixées sur une monture métallique longue de 3 centimètres environ et se vissant sur la tige porte-lampe proprement dite. Il suffit donc d'avoir un petit

nombre de lampes de rechange pour pouvoir faire face à tous les incidents susceptibles de se produire, même si l'on emploie des tubes de longueur différente.

La tige porte-lampe entre à frottement doux dans son tube spécial. Son diamètre est supérieur à celui de la lampe. Il est donc impossible que celle-ci se coince et se brise pendant sa mise en place.

A l'extrémité supérieure de la tige porte-lampe est adaptée à angle droit une double plaque métallique, large de 1 centimètre, longue de 3 centimètres. Cette plaque porte le coupe-circuit et la prise de courant. Celle-ci est constituée par un cylindre creux dans lequel s'engage à frottement la fiche bipolaire à laquelle aboutissent les fils conducteurs.

La plaque en question se loge dans la rainure d'un disque que présente l'instrument à son orifice d'entrée. Un verrou en fibre végétale empêche les déplacements du porte-lampe.

Chez l'adulte, il suffit d'un tube de 43 centimètres de longueur et de 9 millimètres de diamètre pour pratiquer indifféremment soit la bronchoscopie, soit l'œsophagoscopie. Avec l'éclairage terminal, en effet, il importe peu que le tube soit un peu plus ou un peu moins long. Chez l'enfant, le tube ne doit avoir que 7 millimètres de diamètre. Comme il a la même longueur que chez l'adulte, la même tige porte-lampe sert dans les deux cas. La gastroscopie se fait à l'aide d'un tube de 9 millimètres de diamètre et de 70 centimètres de longueur.

Les tubes endoscopiques que j'ai adoptés présentent, en résumé, un système d'éclairage terminal latéral, intense, mobile, isolé. Pour qui veut se servir de tubes de différentes longueurs, il suffit d'une lampe unique qui s'adapte à tous les porte-lampe (il est bon d'avoir une ou plusieurs lampes de réserve, en cas de détérioration). Les fils se relient à l'instrument à l'aide d'une prise de courant d'un maniement simple et rapide.

M. Pierre Cauzard

Les indications de la bronchoscopie et de l'œsophagoscopie dans les paralysies laryngées sont assez fréquentes. Elles se rencontrent quand la cause de ces paralysies est inconnue. L'endoscopie de l'œsophage et de la trachée permet de voir soit une altération des parois œsophagiennes (cancer) soit une compression de la trachée, des bronches ou de l'œsophage. Elle peut faire poser le diagnostic de tumeur médiastinale ganglionnaire ou autre, si cette tumeur n'est pas pulsatile.

Si l'on voit dans l'endoscope une compression de la paroi tubulaire de l'œsophage, ou de la trachée. animée de battements; il faut chercher à reconnaître en outre comme un soulèvement expansif de la tumeur — afin de pouvoir affirmer l'anévrysme aortique. — En général, la compression œsophagienne d'origine aortique est rencontrée dans un espace compris entre le 19e et le 20e centimètre compté à partir de l'arcade dentaire supérieure.

L'intérêt de la méthode endoscopique est dans la possibilité de confirmer par elle un diagnostic supposé ou même méconnu.

A notre avis, dans la mesure du possible, il ne doit être procédé à l'œsophagoscopie, plus dangereuse que la trachéoscopie, qu'après radioscopie, la radioscopie pouvant dans certains cas rendre inutile l'œsophagoscopie, ou contre-indiquer cet examen.

M. P. Cauzard, présente un fauteuil permettant les recherches sur le nystagmus et les explorations bronchoscopiques ou œsophagoscopiques.



Séance du 8 avril 1909

CLINIQUE DU Dr MAHU

Présidence de M. MAHU

Présents : MM. Lubet-Barbon, Cartaz, Veillard, Mahu, Fournié, Paul Laurens, Cauzard, Guisez, Kœnig, Robert Foy, Castex, Le Marc'Hadour, Mounier, Collinet.
Excusés : MM. Luc, Fiocre.

Sur le rapport de M. Veillard, M. Würtz est nommé membre actif.

M. Robert Foy est nommé secrétaire annuel en remplacement de M. R. Leroux, démissionnaire.

Présentations :

M. ROBERT FOY

Rééducation respiratoire. — M. Robert Foy présente une série de malades très anciennement atteints, les uns d'impotence nasale (psychiques), les autres d'insuffisance nasale (ostéo-musculaire), traités par une méthode nouvelle de rééducation passive de la fonction respiratoire nasale et thoracique à l'aide de l'appareil à air comprimé antérieurement présenté à la Société, n'exigeant aucune fatigue.

Les symptômes présentés étaient : respiration buccale nocturne et diurne constante, oppression d'effort, ronflement, insomnies, cauchemars, céphalée, inappétence, anémie, amplitude thoracique insuffisante. Tous ces troubles ont disparu totalement après un traitement de 4 à 8 séances, et d'une façon durable ; l'augmentation de poids a varié de 1 à 3 kil. 1/2 ; l'amplitude thoracique gagne 1 à 3 centimètres sans aucun exercice.

Le traitement agit en développant la musculature des ailes du nez et du voile du palais, en stimulant la vitalité et la sen-

sibibité de la muqueuse nasale, en augmentant les échanges respiratoires, en recoordonnant tous les mouvements nécessaires à une respiration physiologique. Et tous ces résultats sont certains si l'on a affaire à des sujets dont les fosses nasales et le cavum sont libres. Comme complément de ce traitement, dans certains cas compliqués d'atrophie extrême des ailes du nez et du voile du palais, les vibrations et la faradisation donnent d'excellents résultats.

M. G. Mahu. — Lorsqu'il fit, en 1899, avec M. Lermoyez, les premières études sur le traitement de certaines affections nasales par l'air chaud, il fit passer dans les fosses nasales de certains patients de l'air froid. Cette douche d'air froid produisait sur la muqueuse pituitaire le même effet *immédiat* que l'air surchauffé, c'est-à-dire une rétraction et une hypersécrétion. M. Mahu croit donc que, chez les malades présentés par M. Foy et qui sont des paresseux de la respiration nasale, le courant d'air froid agit tout d'abord comme *excitant* de la muqueuse.

M. G. Mahu présente :

1° Un homme de 36 ans, opéré il y a un mois d'une **sinusite maxillaire chronique par la voie nasale** et guéri, puis opéré il y a 8 jours de sinusite frontale double par la *méthode d'Ogston-Luc*. La cloison intersinusale intacte fut respectée. L'infection était passée d'un sinus à l'autre par l'intermédiaire de cellules ethmoïdo-frontales. Les canaux naso-frontaux furent curettés et fortement élargis. Les pansements ultérieurs endo-nasaux furent nuls. Les fils enlevés six jours après l'opération, l'opéré sort de la Clinique le huitième jour avec un collodion, sans aucune déformation frontale et sans moucher trace de pus.

2° Une femme de 30 ans **opérée de sinusite maxillaire chronique par la voie nasale** il y a trois semaines et non guérie, malgré une trépanation de la cloison sinuso-nasale plus grande qu'une pièce de deux francs. Mahu attribue cet échec partiel au curettage incomplet du sinus, curettage rendu exceptionnellement difficile, dans ce cas, par l'étroitesse de la narine (déviation de la cloison dont il avait à tort négligé la correction). Ce fait semble prouver que pour obtenir la guérison

radicale d'une sinusite maxillaire chronique, l'ouverture large de la cavité n'est pas suffisante et qu'il faut compléter ce premier temps par un curettage complet de cette cavité.

3° M. Mahu, à propos d'une malade atteinte **d'odite suppurée chronique** et qui a guéri par l'emploi de la solution d'*acide chromique* à 1 pour 300 rappelle les bons effets de ce médicament. Il a ainsi souvent vu des malades qui semblaient justiciables d'un évidement dessécher leur oreille et entrer dans une longue période de calme.

M. Lubet-Barbon se loue également de l'emploi des solutions d'acide chromique et aussi de la solution d'acide picrique à 1 1/2 pour 100. Celle-ci en particulier est une sorte de pierre de touche pour apprécier l'étendue des lésions et la probabilité qu'il y a de les voir guérir facilement. Quand, chez un otorrhéique dont le fond d'oreille a été soigneusement nettoyé, les bains d'acide picrique amènent rapidement une diminution notable de l'écoulement, on peut espérer voir le malade guérir par les moyens simples ; c'est en effet la preuve que le médicament accompagne la lésion et que celle-ci est efficacement accessible par le conduit.

M. PAUL LAURENS

Abcès froid prélaryngé. — 1er cas d'origine hyoïdienne occupant la région tyro-hyoïdienne et la face antérieure thyroïde, simulant cliniquement un kyste mucoïde.

2e cas d'origine aryténoïdienne et sous-glottique et développé au-devant de la zone crico-thyroïdienne.

Autoplastie rétro-auriculaire. — M. Paul Laurens présente un malade chez lequel il a pratiqué la fermeture d'un orifice rétro-auriculaire persistant après l'évidement. Il a employé le procédé qu'il a décrit et qui donne un résultat esthétique très satisfaisant.

M. VEILLARD

Epithélioma du larynx chez une femme. — En raison de la rareté relative du cancer laryngé chez la femme, on pensa d'abord à la tuberculose. Les symptômes qui existaient depuis dix-huit mois : enrouement, toux, amaigrissement, diminution de la respiration aux sommets

plaidaient en faveur de ce diagnostic. Mais l'examen pratiqué il y a quelques jours montra une corde vocale droite gonflée, rouge, immobile avec sur sa partie médiane une production d'allure papillomateuse de la grosseur d'un gros pois, étalée, rouge, se fondant insensiblement sur les bords avec la muqueuse voisine. A l'examen histologique : épithéliome typique. Ce cas est justiciable de la thyrotomie et de l'étincellage après enlèvement de la tumeur.

M. C. J. Kœnig

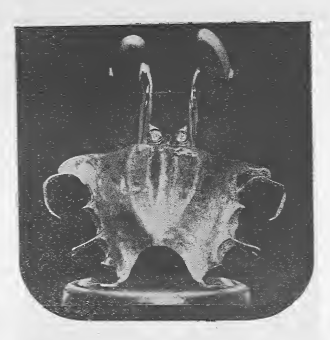
Symphyse palato-pharyngienne avec prothèse immédiate et permanente. — La petite fille que je vous présente aujourd'hui est celle que vous avez déjà vue à la précédente séance et qui était atteinte d'une obstruction nasale complète d'origine traumatique, opératoire probable-



ment, car aucune autre cause pathologique n'a pu être déterminée. Elle avait en effet subi l'opération des végétations adénoïdes et des amygdales il y a quatre et deux ans respectivement, et depuis n'a pu faire passer de l'air par son nez ni

dans un sens ni dans l'autre, et par conséquent ne pouvait plus se moucher.

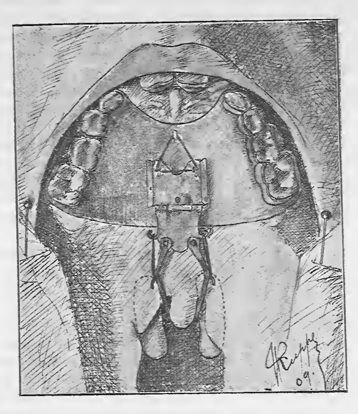
Cette petite fille qui me fut amenée par le Dr Julien Gagey, a 8 ans 1/2, comme vous voyez, est chétive et peu développée; elle dort mal et au moindre exercice se couvre de transpiration. L'examen de sa gorge vous avait montré une cicatrice épaisse médiane de son pharynx de 3 à 4 centimètres de long allant de son voile du palais jusqu'au niveau de la base de sa langue ou du bord supérieur de son épiglotte. Toute la paroi postérieure de son pharynx buccal



était cicatricielle, et, ses parois latérales étaient attirées vers la ligne médiane en forme d'angle ouvert en avant, les piliers postérieurs étant accolés. Le bord du palais mou à droite et à gauche était compris dans la cicatrice du pharynx, la luette était normale et entre elle et la cicatrice à droite existait une ouverture virtuelle communiquant avec le pharynx nasal et permettant le passage d'une sonde de 7 millimètres de diamètre que l'on pouvait facilement promener à droite et à gauche dans le pharynx nasal qui paraissait de dimensions normales. Je dis que l'ouverture qui existait était virtuelle,

car il fut impossible à l'enfant d'y faire passer de l'air, le voile formant clapet qui se fermait dans les deux sens.

Je vous montre l'enfant aujourd'hui, opérée. Samedi dernier, le 3 courant, au moyen de l'anesthésie locale à la cocaïne en badigeonnages et à la novocaïne en injections, je fis une incision médiane allant tout le long et dans toute l'épaisseur de la cicatrice. Ensuite, avec deux serpettes coudées et poin-



tues, droite et gauche, introduites par l'ouverture virtuelle, je fis deux lambeaux latéraux, faisant passer mes incisions derrière ce qui constituait auparavant la région des piliers postérieurs et des amygdales. J'incisai latéralement et inférieurement aussi loin que possible afin de reconstituer complètement le pharynx, refaisant en réalité un pharynx artificiel. Le tissu cicatriciel était excessivement dur et ce temps de l'opération fut assez difficile; l'enfant avala pas mal de

sang qui fut vomi vers la fin de l'opération, mais le résultat fut très encourageant, car la respiration par le nez dans les deux sens fut rétablie immédiatement, et l'inspection montra la gorge tout à fait normale dans ses dimensions, ses contours et son apparence générale. Il resta beaucoup de tissu cicatriciel sur les lambeaux et la paroi postérieure du pharynx que j'enlevai avec la pince de Hartmann.

C'est alors qu'est intervenu M. Delair, professeur de l'école dentaire de Paris, dont le nom m'avait été donné par notre excellent confrère Cartaz. J'avais prié M. Delair de voir l'enfant avec moi pour déterminer s'il était possible de faire une prothèse se fixant sur les dents et sur laquelle on pût adapter des dilatateurs quelconques allant au fond de la gorge pour maintenir les lambeaux et le voile écartés de la paroi pharyngienne postérieure assez longtemps pour permettre leur cicatrisation sans accolement. Quoique n'ayant jamais vu un cas semblable, ni fait un appareil dans ce but, il m'assura immédiatement que la chose était possible et que l'enfant devrait pouvoir supporter cette prothèse aussi bien que les enfants supportent ses voiles du palais artificiels en caoutchouc mou.

Le professeur Delair fit donc un appareil excessivement ingénieux et l'introduisit dans la bouche et la gorge immédiatement après l'opération. Voici la description qu'il m'en a donnée :

« Les piliers du voile du palais ainsi que le voile accomplissant simultanément ou alternativement, pendant la « phonation et la déglutition, trois mouvements bien définis, « il a fallu combiner et exécuter un appareil fonctionnant « automatiquement et imitant parfaitement l'action du voile « et de ses piliers, sans que l'action et l'effet des dilatateurs « latéraux soient atténués ou amplifiés. Ces mouvements sont :

« 1° Ecartement et rapprochement maximun des piliers « l'un de l'autre.

« 2° Élévation et abaissement du voile du palais.

« 3° Mouvement antéro-postérieur, et inversement, du « voile et des piliers au moment de la déglutition.

« L'appareil se compose :

« 1° D'une plaque base en platine s'adaptant à la voûte pa-

« latine et maintenue par des demi-coiffes en or entourant les
« dents.

« 2° D'un minuscule chariot plat en or mobile sur deux
« glissières latérales. Ce chariot se déplace d'avant en arrière
« et inversement. Il est actionné par une petite rondelle de
« caoutchouc qui le réunit à la plaque base. Une vis d'arrêt
« et de sûreté le traversant et se logeant dans une gouttière
« ménagée dans la plaque base empêche la disjonction des
« pièces dans le cas où le caoutchouc d'attirance viendrait
« à casser. Une charnière termine le chariot.

« 3° D'une plaquette en or fixée sur le tube central de la
« charnière et réunie au chariot par une autre rondelle de
« caoutchouc faisant ressort et l'attirant de bas en haut, pen-
« dant l'action du voile, ainsi que les dilatateurs fixés sur
« elle.

« 4° Les dilatateurs sont formés de deux barettes horizon-
« tales en or, soudées sur deux charnières jumelées et con-
« tournant la luette. Elles ont environ 20 mm. de longueur et
« sont solidement retenues par deux vis en or qui leur ser-
« vent de pivot. A leur extrémité sont vissés verticalement
« les deux dilatateurs en aluminium qui ont 4 mm. d'é-
« paisseur, 7 mm. de largeur et 30 mm. de longueur. Les
« barrettes sont réunies à la plaquette mobile d'attirance, cha-
« cune par une rondelle en caoutchouc qui, en se raccour-
« cissant, les éloigne l'une de l'autre.

« Ainsi, sitôt placés en arrière des piliers et du voile dans
« le pharynx artificiel créé par le chirurgien, les dilatateurs
« attirent le voile en avant, maintiennent écartées les parois
« du pharynx et s'opposent à la contraction cicatricielle
« secondaire. »

Aussitôt l'appareil placé, l'enfant fut ramenée chez elle et se gargarisa toutes les heures avec une solution de bromure de sodium et prit pendant quelques jours *intus* une potion du même sel. Comme vous le voyez, elle respire très bien par son nez. L'appareil que vous pouvez voir en place sera retiré par M. Delair qui vous en expliquera le mécanisme et le fonctionnement. Vous en admirerez la légèreté et l'ingéniosité pour lesquelles nous devons féliciter M. Delair le plus vivement, car nous croyons que c'est la première fois

qu'un appareil prothétique en métal ait été appliqué au fond de la gorge pour un cas de symphyse.

Je dois vous dire que je vis l'enfant le soir même de l'opération; je la trouvai en train de jouer dans son lit avec sa poupée, et j'appris, tout à fait contrairement à mon attente, qu'elle n'avait eu aucune douleur toute la journée, qu'elle n'avait eu ni nausées, ni vomissements, et que le lait qu'elle buvait ne refluait pas par son nez, toutes choses qui ne peuvent que paraître excessivement paradoxales.

Les dilatateurs des ailes du nez de l'enfant sont un peu affaiblis par suite de non-fonctionnemeut, mais un petit tampon de coton enduit de pommade boriquée, roulé en boule et placé dans le cul-de-sac antérieur du vestibule de chaque narine, empêche l'aspiration des ailes et permet à l'enfant de très bien respirer. Ces muscles reprendront petit à petit, il faut l'espérer, leur fonction, aidés, s'il le faut, par un peu d'électricité.

J'espère pouvoir enlever bientôt l'appareil définitivement et peut-être à notre prochaine séance, c'est-à-dire dans un mois, vous montrer la petite fille complètement guérie.

La *dilatateur du pharynx nasal* imaginé par le professeur Delair est composé de deux ailettes symétriques et verticales en aluminium ayant la forme d'un haricot allongé.

Elles s'écartent automatiquement après leur introduction dans le pharynx et éloignent l'un de l'autre les piliers libérés préalablement au bistouri. Ils sont maintenus en place par deux barrettes articulées en or ajustées contre le voile du palais.

Pendant les mouvements d'élévations du voile ce mécanisme postérieur est actionné de haut en bas sur charnières, et le minuscule chariot d'or réunissant ces deux mécanismes est mû lui-même d'arrière en avant pour permettre aux dilatateurs d'agrandir le pharynx nasal dans le sens antéro-postérieur.

Ainsi l'appareil automatique réunit et imite les trois mouvements physiologiques du voile et des piliers sans que celui qui le porte soit gêné pendant la phonation ou la déglutition.

Il serait un appareil de choix très utile dans le cas d'adhérence du voile du pharynx à la suite d'accidents spécifiques.

M. Guisez présente plusieurs malades à qui l'**œsophagoscopie** a rendu service au point de vue diagnostic et thérapeutique. Dans un cas il s'agissait d'un **rétrécissement cicatriciel de nature spontanée.** Etant donné son siège au voisinage du cardia, le passé pathologique de la malade, il y a tout lieu de supposer que la cause de cette sténose est un ancien ulcère simple qui s'est cicatrisé. L'œsophagoscopie a permis de faire le diagnostic et de dilater le rétrécissement cicatriciel ramenant le calibre de l'œsophage à la normale.

Dans un autre cas **une ectasie de l'aorte** fut diagnostiquée à la fois par la trachéoscopie et par l'œsophagoscopie, amenant des symptômes de compression du côté de ces conduits. Ce cas est remarquable par ce fait que c'est l'endoscopie la première qui a permis de poser le diagnostic : les signes cliniques étant négatifs.

Deux autres cas concernent les **deux derniers corps étrangers de l'œsophage** que l'auteur a eu l'occasion d'enlever par l'œsophagoscopie : un dentier et un os de poulet. Ce dernier avait déterminé des phénomènes d'abcédation et de sphacèle de la paroi œsophagienne. La guérison s'est néanmoins effectuée sans incidents.



Séance du 10 juin 1909 à l'hôtel des Sociétés Savantes

Présidence de M. Mahu

Présents : MM. Luc, Cornet, Fiocre, Weismann, Furet, Munch, Bosviel, Egger, Mahu, Lubet-Barbon, Veillard, R. Foy, Hautant, Fournié, Kœnig, Cousteau, Guisez, Cauzard.

M. Oudot, de Saint-Brieuc, est nommé membre actif sur le rapport de M. Veillard (commission composée de MM. Laurens Paul, Fournié, Veillard).

Communications :

M. C.-J. Koenig

Une erreur de diagnostic entretenue par l'examen microscopique. — La médecine va en se compliquant davantage de jour en jour en cherchant à devenir de plus en plus exacte, mais, en attendant que cette exactitude soit atteinte, il semblerait qu'à l'encontre de ce qu'on se propose, c'est-à-dire de rendre par les recherches de laboratoire les diagnostics plus rapides et plus sûrs, on commet des erreurs tout à fait pardonnables, il est vrai, mais qui, sinon néfastes, sont du moins ennuyeuses pour le malade, car elles retardent souvent une guérison qui autrement aurait pu être obtenue plus rapidement.

Un exemple vient de m'être donné où une affection sérieuse de la gorge et de tout l'organisme fut méconnue à cause de la ressemblance, ou plutôt de la non-ressemblance qui existe microscopiquement entre le spirochète pâle de Schaudinn et le spirille de Vincent.

Il s'agit en effet d'un jeune homme de 21 ans qui fut atteint au mois de novembre dernier d'un mal de gorge qui persista pendant plusieurs mois malgré tous les traitements locaux

et qu'on diagnostiqua « angine de Vincent ». Des médecins fort compétents qui le soignèrent à l'étranger firent faire par un bactériologiste l'examen des sécrétions de la gorge et celui-ci trouva des spirilles de Vincent et déclara que ce ne pouvait pas être la syphilis parce que le spirochète pâle avait un tour en plus ou en moins, le malade ne se rappelle pas au juste, quoiqu'on lui ait montré les préparations au microscope.

Son état général étant mauvais, souffrant particulièrement d'insomnie persistante, inquiet de sa polyadénite généralisée, et sa gorge le gênant toujours, il vint en Europe et à Paris alla consulter le Dr Gros qui me l'adressa pour les soins de sa gorge; je trouvai celle-ci atteinte d'un érythème diffus, les amygdales étaient elles-mêmes très rouges, très indurées, formant une masse compacte adhérente aux piliers, et il y avait un état catarrhal très prononcé forçant le malade à cracher à tout moment, le gênant beaucoup aux repas et dans l'articulation pendant la parole. Ceci était au mois de février, donc trois mois après le début du mal de gorge à l'étranger. Naturellement le Dr Gros et moi, nous pensâmes à toutes les possibilités, tuberculose glandulaire à porte d'entrée pharyngée, syphilis, le Dr Gros fit même faire l'analyse du sang, pensant à la contingence d'un commencement de *maladie de Hodgkins*.

Cette analyse donna le résultat suivant :

Anémie 60 % ;
Leucocytes 11.300;
Hématies 4.460.000;
Polynucléaires 68 % ;
Lymphocytes 23.3 % ;
Mononucléaires 7 % ;
Eosinophiles 1.7 % ;
Mastzellen 0;
Hématoclastes 0.

Il y avait donc un léger degré d'anémie, comme on en voit au début de la syphilis, et une légère augmentation des leucocytes.

Nous tînmes le malade en observation pendant quelques

semaines, moi lui faisant quelques badigeonnages aux préparations d'argent, à l'iode, etc., tandis que le Dr Gros lui donnait des injections de cacodylate pour le remonter, quand un jour je remarquai sur le poignet droit et l'avant-bras une très minime éruption ne démangeant pas, d'une teinte légèrement bronzée à laquelle j'attirai l'attention du Dr Gros, et ensemble nous décidâmes de le soumettre à un traitement d'épreuve mercuriel. Le Dr Gros lui fit des injections quotidiennes de benzoate de mercure à 2 centigrammes au début, plus tard à 1 centigramme.

Ce traitement fut suivi d'une amélioration générale et locale, l'insomnie disparut après quelques injections, les glandes au bout de quinze jours avaient considérablement diminué, la gorge était bien moins rouge, et gonflée, l'état catarrhal persistant cependant, mais bien moins marqué.

Il est donc évident que nous avions affaire à la syphilis et que ce qui avait été pris trois mois auparavant pour une angine de Vincent était en réalité la lésion initiale, un chancre amygdalien probablement.

L'erreur de diagnostic était facile, car on sait combien l'angine de Vincent, à sa seconde période, ressemble au chancre de l'amygdale ; c'est d'ailleurs à cause de cette ressemblance que l'angine de Vincent a été appelée aussi « angine chancriforme ».

On ne peut donc pas se baser pour le diagnostic ni sur l'apparence locale de la lésion, ni sur l'apparence au microscope du spirille, puisqu'un bactériologiste de profession, un expert par conséquent, s'y est trompé. Il faudrait pouvoir obtenir ces organismes (protozoaires ou bactéries?) en culture pure et les inoculer à des animaux. On arrivera peut-être un jour à les cultiver, comme on y est d'ailleurs arrivé pour certains protozoaires, tels que le trypanosoma Levisii, le spirochète de la balanite ulcéreuse et gangréneuse, ainsi que pour le Leishmania Donovani (1), protozoaire du kala-azar, ou fièvre épidémique d'Assma. On pourra s'aider aussi du séro-diagnostic de Wasserman, mais celui-ci n'est pas toujours positif et est d'une exécution compliquée.

(1) *Leishmanioses*, par A. Laveran. *Presse méd.*, 10 avril 1909, p. 257.

Jusqu'à ce que les moyens de laboratoire soient devenus plus précis et plus simples, l'épreuve par le traitement spécifique mercuriel restera encore la pierre de touche et le moyen le plus sûr et rapide de déceler une syphilis douteuse et latente, et en cela nous pourrons encore proclamer la valeur du vieil adage : « Naturam morborum curationes ostendunt. »

Discussion

M. Cornet. — On observe dans les sécrétions de presque toutes les lésions ulcéreuses de la gorge, y compris les lésions syphilitiques, le bacille fusiforme et le spirille de Vincent. Si dans le cas rapporté par M. Kœnig, l'examen bactériologique a porté sur les sécrétions, c'est bien le spirille de Vincent qui a dû être trouvé. Le spirochète de Schaudinn doit être cherché non pas tant dans les sécrétions que dans les tissus malades.

M. Kœnig. — Je répondrai à M. Cornet que le diagnostic avait d'abord été fait cliniquement, puis confirmé par le microscope.

M. Veillard a observé une malade atteinte d'ulcération douloureuse de l'amygdale et du pilier antérieur ; l'examen montra des préparations type de l'association bacille fusiforme-spirille. Le traitement par le bleu de méthylène continué quinze jours n'amena aucune amélioration. Par le traitement spécifique les douleurs cessèrent en deux jours et la guérison fut complète quelques jours après.

M. P. Cornet (de Châlons-sur-Marne)

Coryzas brightiques. — Jacquet rapportait en 1904 à la Société médicale des Hôpitaux l'observation d'un albuminurique guéri d'un coryza tenace par le seul régime déchloruré, et il ajoutait : « Il existe peut-être un coryza albuminurique dans lequel l'œdème de la pituitaire est l'élément prédominant. »

Voici quelques observations qui paraissent confirmer cette

opinion et montrer l'existence d'un coryza chronique d'origine brightique.

I. Une femme de 38 ans présente depuis un an une obstruction nasale bilatérale due à la tuméfaction des cornets inférieurs, et mouche en assez grande abondance un liquide séro-muqueux. L'analyse d'urine révèle l'existence d'une petite quantité d'albumine. Le 5 avril, la malade est soumise au régime lacté. Le 19 avril, l'obstruction nasale a disparu et la muqueuse pituitaire s'est affaissée.

II. Une dame de 44 ans présente depuis plusieurs années un coryza à balancement, coïncidant avec une sclérose de l'oreille. L'urine contient des traces d'albumine et une très petite quantité de chlorures : 3 à 4 grammes de NaCl dans les urines de 24 heures. Pour tout traitement, je conseille un régime lacto-végétarien déchloruré. Au bout de 10 jours les crises nasales se sont atténuées sensiblement. La malade n'a pas été revue.

III. Une jeune femme de 35 ans est atteinte depuis un an d'un coryza spasmodique dont les crises se répètent quotidiennement et s'accompagnent d'un peu d'hydrorrhée. Des deux côtés la muqueuse nasale présente un aspect macéré et le bord libre des cornets moyens est le siège de dégénérescence polypoïde au début. Hypochlorurie : 5 à 6 grammes de chlorures dans les urines des 24 heures. J'institue un régime déchloruré. Au bout d'un mois, les crises spasmodiques ne s'étaient pas reproduites.

IV. M. V..., 63 ans souffre d'un coryza depuis un an. Ce coryza s'accompague d'obstruction nasale la nuit surtout, l'obstruction se produisant du côté correspondant au décubitus. Hypertension artérielle. L'urine des 24 heures renferme 0 gr. 14 d'albumine et 8 gr. 50 de chlorures. M. V... est soumis à partir du 19 mai au régime lacto-végétarien déchloruré.

Au bout de 15 jours, le coryza avait disparu d'une façon à peu près complète.

Je pourrais rapporter encore d'autres observations, mais elles n'auraient pas la même valeur démonstrative parce que dans la plupart des cas j'ai dû pour la satisfaction des malades instituer une thérapeutique locale. Or les faits pré-

cédents me paraissent probants parce que les manifestations nasales ne pouvaient s'expliquer par aucune cause locale, parce qu'il existait chez ces malades une insuffisance rénale sans autre tare organique, enfin parce que le seul traitement de l'état général a suffi à modifier le coryza. Les manifestations nasales peuvent être ainsi rattachées à l'insuffisance de la dépuration urinaire.

D'après ce que j'ai observé, le coryza des brightiques est en général un coryza spasmodique à symptômes atténués. Il ne s'accompagne jamais de grandes crises d'hydrorrhée. L'hyperesthésie de la pituitaire et les phénomènes consécutifs manquent. Ce coryza affecte surtout la forme connue sous le nom de rhinite à balancement ou à bascule, mais rarement l'obstruction nasale devient permanente. Ces manifestations paraissent traduire des poussées d'œdème de la muqueuse nasale. Car dans les cas un peu anciens ou lorsque l'examen est pratiqué au moment de la crise, la muqueuse apparaît légèrement tuméfiée, molle, de teinte jaunâtre et je n'ai pas vu les cornets turgescents, rouges, congestionnés comme dans d'autres formes de coryza.

Un deuxième point sur lequel je désire insister est le suivant : dans mes observations, le coryza est apparu à une période où les malades ne présentaient encore aucun des grands signes du mal de Bright, aucun œdème en particulier. Peut-être la structure de la muqueuse pituitaire explique-t-elle la précocité de l'œdème en cette région ; peut-être aussi faut-il tenir compte que chez des sujets dont les fosses nasales sont libres, la moindre tuméfaction de la muqueuse qui, ailleurs, passerait inaperçue, détermine une gêne notable. Quoi qu'il en soit, ce coryza chronique s'est manifesté chez mes malades comme un des premiers symptômes de la néphrite chronique, j'entends par là symptôme apparent, symptôme dont s'inquiète le sujet. Car il est certain qu'en pareille circonstance un examen préalable, s'il était fait pour une cause quelconque, permettrait certainement de déceler l'insuffisance rénale.

M. Lubet-Barbon

Quelques indications de la trépanation de la mastoïde dans les otites aiguës en dehors des symptômes mastoïdiens. — La lecture du compte rendu de la dernière séance à laquelle je n'ai pu assister m'a suggéré quelques réflexions que je vous demande la permission de vous soumettre. Malgré l'étude des travaux publiés, malgré une pratique déjà longue, rien ne me paraît aussi délicat que de préciser, dans certains cas, les indications de la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Il est bien entendu que je ne veux pas parler ici des cas extrêmement simples où les signes mastoïdiens imposent l'intervention. Quand il y a douleur, rougeur, tuméfaction, tout le monde est d'accord, il s'agit d'un abcès banal et la conduite à tenir est celle de la chirurgie en général : donner issue au pus. Ces abcès osseux constituaient à eux seuls, autrefois, tout le bilan des interventions mastoïdiennes. Ce sont là les mastoïdites des chirurgiens, pour ainsi parler; à côté il y a les mastoïdites des auristes, celles qui mordent sans aboyer, celles où on se dit non seulement faut-il opérer, mais encore est-ce le moment? Pour cela il faut savoir regarder dans le fond de l'oreille et interpréter ce qu'on voit; il faut aussi avoir l'expérience que les accidents vont quelquefois très vite et qu'il faut gagner sur eux.

Ces indications de la trépanation mastoïdienne je les crois assez nombreuses et il est possible que chaque jour nous en voyions surgir de nouvelles, et vous sentez bien que je ne veux, ni ne peux épuiser le sujet mais seulement vous dire ce qui ressort pour moi de quelques faits très récents de ma pratique.

Elles ressortissent à deux ordres de symptômes : symptômes généraux, et symptômes locaux.

Une première catégorie de faits sont ceux sur lesquels Luc a insisté dans sa dernière communication à notre société. Ce sont ces phénomènes d'infection qu'il a appelés phénomènes de septicémie auriculaire; que l'on pourrait appeler phénomènes de septicémie tout court car les mêmes accidents

peuvent se présenter dans une ostéo-phlébite du tibia comme dans une ostéo-phlébite du temporal. Et si cette dernière est plus importante, c'est qu'elle siège au-dessous du cerveau et aux environs de ce gros collecteur veineux qui est prêt à recevoir, à transformer et à transporter tous les apports des veinules osseuses de la région.

Un de nos malades a une otite, un autre en a deux, et extérieurement on ne peut savoir si l'une ou l'autre cause les accidents; elle est bien drainée par la caisse, fait important; malgré cela il présente des phénomènes de rétention et sa fièvre affecte le caractère très spécial d'une fièvre par résorption purulente : grandes oscillations en aiguille, où il semble bien que l'intervalle qui sépare deux sommets, disons la période, doive correspondre à la vie et à l'épanouissement d'une colonie microbienne dans la circulation. A moins que nous ne soyons tout à fait au début de l'otite, car la caisse peut aussi donner ces phénomènes, mais pas pendant longtemps, l'intervention mastoïdienne faite de bonne heure doit faire cesser la résorption purulente, non pas tout de suite peut-être, les lésions biologiques dépassant souvent les lésions macroscopiques et la curette étant incapable d'atteindre les limites du mal. L'opération nous montre le mécanisme de la résorption. Il est rare qu'on trouve un abcès collecté, la fixation du pus n'a pas eu le temps de se faire; le plus souvent nous trouverons un os très malade, farci de granulations; chaque nid alvéolaire contient la sienne, les cloisons sautent aisément sous la curette, de proche en proche on gagne en bas la pointe, en haut la base du crâne quelquefois perforée, en arrière le sinus latéral que nous trouvons plongé en plein foyer infectieux. S'il est d'apparence saine, si les acmés de température n'ont pas été précédés par de grands frissons, il faut se contenter d'enlever d'autour de lui tout le tissu malade et réserver toute autre intervention. Il me semble en effet, comme à Lermoyez, que l'ostéo-phlébite donne la fièvre, la thrombo-phlébite y ajoute le grand frisson.

2° Des phénomènes généraux d'un autre ordre peuvent donner l'indication de trépaner : voici une enfant de 12 à 14 ans au cinquième jour d'une otite aiguë bien drainée,

plusieurs fois paracentésée ; la température vespérale se maintient autour de 38° ; des douleurs violentes occipitales et frontales arrachent des cris à l'enfant, il y a de la photophobie, un peu de strabisme, le pouls est irrégulier, le signe de Kernig est manifeste, le liquide rachidien est clair cependant et deux ponctions lombaires amènent chaque fois une sédation de deux jours. Malgré l'absence de tout symptôme mastoïdien la trépanation montre un os malade, d'aspect cadavérique et mène sur un point où la dure-mère est largement dénudée; c'était là l'épine irritative qui mettait en jeu ce méningisme si alarmant qui n'est que le prélude de la méningite. Dès le jour même les douleurs cessent et la guérison a lieu rapidement sans complication.

b) Parmi les symptômes locaux, non mastoïdiens qui peuvent nous obliger à intervenir sur la mastoïde, je vous citerai :

1° La destruction rapide de la membrane que l'on voit se produire dans certaines otites. Il arrive, en effet, qu'en dehors de toute application d'un topique escarrifiant (comme l'est parfois le Bonain) on voit l'orifice de la paracentèse s'agrandir pour ainsi dire sous les yeux. Les progrès de cette destruction tympanique peuvent être tels qu'il faut se hâter, si l'on veut sauver l'audition, de détourner le pus de la voie tympanique, il faut le capter à sa source pour le détourner de la caisse où il cause de si grands ravages.

2° Le cas contraire en apparence mais de la même catégorie est celui où nous avons affaire à une membrane qu'il est difficile de maintenir ouverte ; le drainage se fait mal, des interventions multiples sont nécessaires pour le maintenir. Il faut craindre que ces incisions multiples de la membrane ne laissent en définitive une certaine diminution fonctionnelle de l'organe et il peut être indiqué, comme dans le cas précédent, puisque le drainage naturel par l'antre ne peut assurer le débit, d'amener directement le pus au dehors par la voie mastoïdienne.

3° Enfin je vous signale une indication à l'ouverture mastoïdienne découlant de l'état local : la longue persistance de l'écoulement alors que du côté de la caisse les choses s'arrangent et semblent guérir.

Pour résumer ce qui résulte de l'étude de ces quelques cas particuliers nous pouvons dire que la trépanation se trouvera indiquée chaque fois qu'il existe des signes évidents de rétention et de résorption alors que le drainage du côté de la caisse est assuré, chaque fois que des symptômes méningés font supposer qu'un point quelconque de la dure-mère touche au foyer d'infection, chaque fois que la suppuration par sa persistance, ou son pouvoir nécrosant est une menace pour l'avenir de la fonction auditive.

Mais je ne voudrais pas que ma communication vous parût une excuse pour des interventions trop hâtives. Je sais que toute otite non purulente s'accompagne de mastoïdite puisque la mastoïde fait partie de l'oreille moyenne, comme les sinus de la face font partie des fosses nasales. Pas plus qu'on ne les trépane pour un rhume de cerveau, pas plus il ne faut ouvrir la mastoïde, tant que les canaux naturels — et la plupart du temps ils y suffisent — assurent un drainage suffisant, et si je vous fais part de mes réflexions, c'est parce que le problème de la nécessité et du moment d'une intervention m'a souvent hanté et fortement troublé. Il faut réfléchir avant d'opérer, avec sa conscience et avec son devoir. Mais réflexion et hésitation ne sont pas expressions synonymes. La première fait disparaître la seconde.

Pour ma part, il m'est souvent arrivé au cours d'une opération de regretter de n'avoir pas opéré la veille, il ne m'est jamais arrivé de penser que j'aurais dû attendre au lendemain.

Dr J. Bosviel

Des kystes pseudo-sébacés du pharynx. — D'ordinaire, on ne rencontre de glandes sébacées ni dans la muqueuse du voile et des piliers, ni dans celle du pharynx. Celles-ci s'arrêtent en effet au seuil de la cavité buccale, ne siégeant que sur le bord libre des lèvres.

La région qui nous intéresse ne possède que des glandes mucipares. Ces dernières, toutefois, glandes mixtes, ont des culs-de-sac sécréteurs, tapissés par des cellules à mucus qui

renferment parfois, outre du mucigène, quelques granulations graisseuses.

C'est grâce à ce détail histologique que nous parvenons à nous expliquer la présence dans le pharynx de kystes à contenu butyreux ou pseudo-sébacé.

Ceux-ci sont chose rare. Constitués par de petites saillies jaune blanchâtre polies et luisantes, suivant qu'ils sont eux-mêmes plus ou moins tendus, bridés en quelque sorte par la muqueuse sus-jacente, ils ont les dimensions d'une mince lentille ou d'un large bouton de chemise étalé, et dans ce dernier cas, il semble que la coloration jaune soit plus foncée au centre et aille en mourant sur les bords.

Ces kystes se montrent sous la muqueuse du voile, de la luette, des piliers antérieurs ou postérieurs, et sur la paroi pharyngée.

Leur présence occasionne parfois certaine petite gêne, comme aussi elle peut ne pas en occasionner du tout. Ceci dépend, à mon avis, de la situation qu'occupent ces kystes. S'ils sont logés sur la face antéro-externe du pilier postérieur, par exemple, comme j'en ai vu un très beau cas; bien qu'étant de dimensions raisonnables (1 centimètre de diamètre environ) ils ne gênent en aucune manière, n'étant en contact avec aucun autre organe; mais, par contre, s'ils siègent sur la paroi postérieure du pharynx et que la luette les frôle à tout instant, le malade alors peut s'en plaindre, le kyste ne fût-il gros que comme un grain de chènevis.

A part ce léger inconvénient, ils ne provoquent pas la moindre souffrance. Ils n'entraînent jamais ni fièvre, ni phénomènes généraux.

Autour d'eux pas le moindre liseré rouge inflammatoire. C'est une lésion qui dure des mois et des mois sans qu'on s'en aperçoive, jusqu'au jour où le hasard la fait découvrir et s'en inquiéter.

Le seul traitement qui convienne est l'ouverture à l'aide d'un crochet pointu, pointe de bistouri, suivie d'un badigeonnage de la petite cavité, à la teinture d'iode.

En ouvrant ces poches kystiques, il sort une matière caséeuse, grasse, exactement comparable à du sébum. C'est toujours ce que j'ai pu constater, et le Dr Bellin qui m'a dit

avoir observé un cas de ce genre, a vu s'échapper la même matière crémeuse, semblable à celle qui jaillit de l'orifice des glandes sébacées, quand on les comprime fortement.

Les caractères de cette affection, rare s'il en fut, sont assez nets pour ne pas être confondus avec d'autres lésions de la gorge.

S'il pouvait exister une confusion au point de vue morphologique, les grains jaunes de Trélat dans la tuberculose linguale et pharyngée seraient peut-être ce qui se rapprocherait le plus de nos grains jaunes pseudo-sébacés. Et encore !... Quelle différence !... sans parler des phénomènes généraux. — Puisque nous en sommes au diagnostic, je veux dire encore un mot des granulations pharyngées. — Il est bien évident que je n'ai point en vue celles qui sont franchement rouges ou bien translucides, très en saillie sur la muqueuse; non; mais il en est qui, sur certaines muqueuses décolorées, présentent un reflet jaunâtre, qui pourrait presque en imposer, les phénomènes généraux, ici, étant également nuls. Il suffira d'y regarder de près pour éviter cette méprise; il suffira surtout d'avoir vu les kystes en question, pour ne jamais s'y tromper.

Telle est en résumé cette affection, bénigne au possible, rare au moins autant, que j'ai tenu à faire connaître, ne l'ayant vue signalée nulle part jusqu'à ce jour.

M. Max Scheier (de Berlin)

Skiagrammes du maxillaire présentés par Egger remplaçant Luc empêché. (Communication du 11 décembre 1908 à la Société Laryngologique de Berlin). — Lorsque l'auteur employa les rayons X pour la première fois, dans le but d'étudier la physiologie de la voix et de la parole, il n'était pas possible de prendre une photographie pour une voyelle déterminée. Les poses duraient, en 1897, 10 minutes; une année plus tard, 2-3 minutes. Depuis quelques mois je n'employais plus que 25-30 secondes pour une pose de profil, donc beaucoup trop pour obtenir la position de la cavité buccale, du voile et du larynx. L'an dernier Barth et Grünmach

montrèrent quelques skiagrammes obtenus en deux poses successives de 12 secondes, interrompues pendant un temps très court. La durée totale de la pose atteignait ainsi 25-30 secondes. Une chaîne métallique posée sur la langue permettait de distinguer la face supérieure de cet organe. Je fis plusieurs objections à ce procédé. Reprenant ces expériences, je suis parvenu à produire de beaux instantanés de la tête et du cou au moyen de l'appareil de Grisson. Les skiagrammes que vous avez sous les yeux demandent une exposition de 1-2 secondes. On y distingue nettement tous les détails, la surface linguale, le voile du palais, l'épiglotte, la position du larynx, la forme des lèvres, etc., dans les diverses voyelles. Comme ces images sont nettement différenciées et les contrastes bien tranchés, on parviendra sûrement à se contenter de fractions de secondes, ce qui permettra plus tard de produire la cinématographie de la parole.

M. A. Hautant

Labyrinthite chronique. Trépanation du labyrinthe. — A la suite d'ablation des osselets dans un cas d'otorrhée survinrent des signes de réaction méningée : fièvre (39°), dissociation du pouls (90 p.), céphalée frontale et occipitale violente.

L'examen fonctionnel du labyrinthe montra : 1° destruction de la partie acoustique (Weber latéralisé au côté sain, disparition de la perception aérienne des sons graves et moyens au-dessous de 512 v. d.) ; 2° destruction de la partie vestibulaire : forte diminution bilatérale du réflexe de rotation, abolition du réflexe calorique du côté malade.

Intervention : évidement, puis trépanation du labyrinthe. Mastoïde éburnée ; antre rempli de sérosité grisâtre et extrêmement fétide ; ostéite de la paroi postérieure de l'antre. Résection de cette paroi postérieure de l'antre, en commençant au niveau du sinus et en s'avançant en avant et en dedans vers les canaux semi-circulaires et le sac endolymphatique. La plus grande partie du bloc des canaux semi-circulaires est ainsi extirpée. La dure-mère, ainsi à nu, est épaissie et de cou-

leur blanchâtre. Elle est incisée et une ponction du cervelet reste négative. Trépanation du promontoire à la gouge, ouverture en carré de la paroi externe du vestibule. Pas de paralysie faciale.

Suites normales. Guérison locale en deux mois. A la fin du premier mois, poussée de tuberculose pulmonaire qui continue à évoluer.

La méthode opératoire, suivie dans ce cas, est celle de Jansen-Neumann. C'est une méthode d'exception ; elle a été utilisée dans ce cas, car elle sert à la fois de cure radicale de la labyrinthite, et de voie d'accès vers la fosse cérébrale moyenne et postérieure.



Séance du 9 juillet 1909

Tenue à la clinique de MM. Boulay et Le Marc'Hadour

Présidence de M. Mahu

Présent : MM. Le Marc'Hadour, Lermoyez, Paul Laurens, Castex, Fiocre, Munch, Cornet, Boulay, Mahu, Fournié, R. Foy, Courtade, Veillard, Kœnig, Furet, Pasquier, Hautant, Weill.

Sur les rapports de MM. Cornet, Fiocre et Furet, MM. Sieur, Rouvillois et Barthas sont nommés membres actifs de la société.

Présentations :

MM. G.-A. Weill, Barré et Castinel présentent trois malades qui ont été traités par **la ponction lombaire pour des vertiges auriculaires.**

1° F..., 42 ans, saturnin, présente depuis deux ans des vertiges allant jusqu'à la chute complète. Bourdonnements d'oreilles. Affaiblissement permanent de la vision. Tension artérielle 21. Après rachicentèse de 6 cmc., la tension tombe à 16. En deux jours disparition complète des bourdonnements, des vertiges et des troubles de la vue.

Le diagnostic otologique était, dans ce cas, labyrinthite chronique.

2° L..., 62 ans. Crises vertigineuses depuis trois ans, avec chute; surdité relative à gauche. Ponction lombaire 6 cmc. Dès le lendemain amélioration qui s'accentue, disparition de tous les symptômes.

3° Ph..., 26 ans. Vertigineux depuis vingt ans. Crises auriculaires avec bourdonnements et amblyopie. Surdité relative de l'oreille droite.

Ponction lombaire. Amélioration immédiate de la vision. Disparition du vertige.

Pour ces deux malades, le diagnostic otologique était : Otite catarrhale chronique. Les auteurs rapprochent ces observations de celles qui ont été précédemment publiées, notamment par Babinski, Ménière, Lermoyez, Lombard, Trétrop, Dundas-Grant et plusieurs otologistes.

Ils signalent notamment la concomitance d'accidents auriculaires et oculaires semblant relever des mêmes causes et ressortir à une même thérapeutique : la ponction lombaire.

Ils font remarquer à la suite de Maupetit, Laffitte-Dupont, qu'il y a souvent parallélisme entre l'hypertension artérielle, la pression céphalo-rachidienne, la pression labyrinthique et sans doute aussi la pression intraoculaire.

La décompression céphalo-rachidienne semble dans ces cas amener des modifications heureuses dans la vaso-motricité et dans tous les phénomènes morbibes qui en découlent.

M. Lermoyez. — Lorsque M. Babinski conseilla de pratiquer la ponction lombaire, pour combattre les différents troubles, vertiges, bourdonnements, surdité, résultant des lésions de l'oreille, et qu'il publia des résultats favorables de cette nouvelle méthode thérapeutique, les otologistes accueillirent avec grande faveur cette communication, en raison de l'autorité qui s'attachait à la personnalité de son auteur. Il faut cependant avouer que depuis sept ans que cette méthode a été prônée et qu'elle a été mise à l'essai, les résultats qu'on a obtenus ont été variables et parfois peu encourageants. Dans la pensée de son auteur, la ponction lombaire s'adressait surtout aux troubles provenant des lésions de l'oreille interne, et devait être d'autant plus précieuse que la thérapeutique otologique locale n'a pas de prise sur celles-ci. Mais une telle indication est assez vague; et jusqu'ici il semble que rien n'ait été fait pour la préciser davantage.

J'envisage surtout l'action de la ponction lombaire sur les vertiges auriculaires ; car, pour ce qui est de son effet sur les bourdonnements et surtout sur la surdité, je crois que nous devons faire provisoirement les plus grandes réserves à cet égard.

Or, si les effets de la ponction lombaire vis-à-vis de l'oreille devaient être seulement, tantôt bons ou tantôt nuls, peu nous importerait de la faire un peu « au jugé », sans indication

très précise, puisque, après tout, il s'agit de secourir un malade auquel la thérapeutique otologique ne peut plus venir en aide. Malheureusement il n'en est point ainsi. Dans certain cas, la ponction lombaire faite chez les vertigineux d'oreille peut avoir des effets désastreux. J'ai observé deux faits dans ma clientèle chez lesquels la ponction lombaire avait été faite par des personnes dont la compétence est telle en cette matière qu'aucune faute de technique ne pourrait leur être imputée. Dans un cas, la ponction lombaire provoqua une crise de vertige terrible qui retint le malade cinq semaines au lit. Dans un autre cas, elle surajauta au vertige des bourdonnements qui ne préexistaient point et qui, depuis, ont persisté sans arrêt, avec une violence inouïe.

En présence de tels faits, et sans doute d'autres semblables qui ne sont pas venus à ma connaissance, il appert que nous ne sommes pas en droit de faire la ponction lombaire au petit bonheur chez tous les vertigineux.

Le vertige est toujours un phénomène d'excitation de l'appareil d'équilibration, c'est-à-dire du système cérébello-pédonculo-vestibulaire. Il n'est pas nécessaire que l'irritation porte constamment sur le labyrinthe postérieur; elle peut être endo-cranienne et frapper directement les centres de coordination motrice. Or, bien qu'il soit trop prématuré de conclure dans le sens que je vais indiquer, il semble que la ponction lombaire donne plutôt ses bons effets en présence d'une hypertension encéphalique (ce qui n'a rien que de très logique) et qu'elle réussisse moins bien vis-à-vis de lésions chroniques pures du labyrinthe.

Quoi qu'il en soit, pour fixer à cet égard une indication thérapeutique, il serait indispensable que l'examen de l'appareil d'équilibration fût fait méthodiquement avant et après la ponction : car il faut avouer que si nous sommes peu convaincus à l'heure actuelle, c'est que les observations qu'on nous présente sont pour la plupart très incomplètes.

Les épreuves acoumétriques nous seront de peu de valeur, car il y a une assez grande indépendance entre le labyrinthe antérieur et le labyrinthe postérieur pour que nous ne soyons pas en droit de conclure d'une altération du premier à une lésion du second.

Le labyrinthe postérieur doit être interrogé directement et pour cela il n'est vraiment qu'une épreuve qui soit à l'abri de toute critique, c'est *l'épreuve de Barani* ou épreuve du nystagmus thermique. Cette épreuve interroge seule séparément chacun des deux labyrinthes postérieurs. Au contraire, en raison de la suppléance fonctionnelle rapide d'un labyrinthe postérieur malade par l'autre labyrinthe postérieur sain, les épreuves de Romberg, de Mack, de Stein, et même celle du nystagmus de rotation s'égalisent très rapidement sur les deux oreilles et ne donnent plus de renseignements. Quant à l'épreuve du vertige voltaïque, elle perd de jour en jour la valeur que lui a attribuée M. Babinski ; elle est un moyen d'investigation très infidèle : car Neuman a vu le nystagmus galvanique se conserver dans certains évidements totaux du labyrinthe ; et les auristes sont en général d'accord avec Erb pour admettre que le vertige voltaïque est dû à une action du courant électrique sur toute la masse de l'encéphale.

En résumé, il serait à désirer que tout vertigineux fût soumis, avant et après la ponction lombaire, à l'épreuve du nystagmus thermique. On aurait ainsi tout au moins un point de repère précis pour s'orienter, par la recherche de l'indication de thérapeutique par rachicentèse.

M. A. Castex

Malformations des oreilles. — Castex présente une fillette de six ans atteinte de malformation congénitale des deux oreilles et de plusieurs autres difformités des parties environnantes qui dénotent un trouble évolutif de la première fente branchiale.

On constate de l'asymétrie faciale très accentuée, aux dépens de la moitié gauche du visage. Sur ce côté il y a de petits fibro-chondromes, une fistule borgne externe. La partie supérieure du pavillon doit tomber sur sa moitié inférieure. Il y a atrésie des deux conduits auditifs, néanmoins l'enfant entend un peu. La luette est bifide, les dents dystrophiques. L'enfant a eu un mal de Pott dorsal dont elle semble guérie.

Castex rappelle que le plus souvent la malformation des pavillons se présente sous forme d'un bourrelet vertical et que, contrairement au cas actuel, il n'y a pas d'audition parce que — les interventions chirurgicales l'ont montré. — les oreilles moyenne et interne sont généralement mal développées.

Pour le cas de cette fillette la seule intervention rationnelle paraît être la fixation du pavillon à la région mastoïdienne après avivement des deux surfaces cutanées qui se font vis-à-vis.

Le Marc'Hadour rejoint l'auteur dans son sage conseil d'abstention opératoire, comme il l'a dit dans un travail sur ces malformations, en collaboration avec son maître Launois, il est impossible de préjuger des malformations profondes, qui sont toujours plus importantes qu'on ne pense.

M. Le Marc'Hadour

Abcès du pilier postérieur. — L'auteur présente un malade qui vient de faire un abcès de la gorge, abcès à localisation, à symptomatologie, et à traitement spécial.

1° A localisation spéciale :

Ce n'est pas en effet un abcès amygdalien, ni un abcès périamygdalien, mais un phlegmon circonscrit du pilier postérieur.

2° A symptomatologie particulière :

Comme dans l'abcès péri-amygdalien, il y a de la dysphagie, et des douleurs irradiées, surtout du côté de l'oreille, cette dernière localisation des irradiations douloureuse est ici si nette, que les malades sont souvent convaincus avoir un abcès de l'oreille.

Mais à l'encontre de ce que l'on voit dans les abcès périamygdaliens, il n'y a pas de *trismus*.

Ce symptôme négatif est caractéristique, et permet de faire à distance un diagnostic de présomption.

Dysphagie avec douleurs irradiées du côté de l'oreille, pas de trismus = abcès du pilier postérieur.

L'examen objectif confirme le diagnostic en montrant une

amygdale repoussée en avant, de l'œdème de la luette, et en arrière de l'amygdale un bourrelet saillant, qui est le pilier postérieur. Qaund la collection est abondante l'aspect évoque l'idée d'un abcès rétro-pharyngien, à un examen superficiel.

3° Traitement spécial :

Ces abcès du pilier sont tributaires d'un traitement un peu spécial : l'*ouverture précoce*.

Dès que l'empâtement, même discret encore, du pilier permet de poser le diagnostic, il convient de transfixer le pilier postérieur avant la formation du pus, il sort du sang noir phagocytaire, en quantité qui varie avec l'intensité du processus ; et après quelques heures la douleur disparaît, les symptômes objectifs rétrocèdent, en douze heures l'abcès tourne court.

Un point spécial reste encore à signaler, dans ce rapide schéma : dans environ un quart des cas observés, la guérison de l'un des côtés est suivie de l'évolution d'un abcès de l'autre côté, abcès toujours moins violent que le premier.

Le premier abcès semble faire abcès de fixation, sa guérison, soit naturelle, soit provoquée, permet l'évolution du second abcès latent. Ces abcès bilatéraux ne se voient que dans les cas où il y a eu amygdalite bilatérale au début.

M. Munch

Paralysie faciale consécutive à une otite aiguë et guérie par la simple paracentèse tympanique. — M. Munch présente un malade chez lequel une otite moyenne suppurée *aiguë* gauche s'est développée vers la mi-avril, à la suite d'une grippe banale. Trois jours après le début de l'otite, la membrane tympanique se perfora spontanément et, en même temps, apparut une paralysie faciale gauche. Lorsque M. Munch vit le malade pour la première fois, l'otite évoluait depuis six semaines ; à ce moment, il s'écoulait du pus par le conduit, la pointe de l'apophyse mastoïde était douloureuse spontanément et à la pression, et des douleurs vives, empêchant le sommeil, s'irradiaient vers la fosse temporale et vers l'occiput ; en outre, une chute de la

paroi postéro-supérieure rétrécissait considérablement le conduit auditif. Après la paracentèse de la membrane tympanique, l'écoulement purulent devint plus abondant et les phénomènes douloureux s'amendèrent. L'écoulement offrait cependant une tendance à la rétention, et il fallut répéter la paracentèse une dizaine de fois tous les deux jours. Avec le bistouri tympanique, on avait d'ailleurs la sensation de pénétrer dans une masse fongueuse au niveau de la membrane. L'examen de celle-ci était très difficile à cause du rétrécissement du conduit dont il était impossible d'agrandir la lumière, même à l'aide d'un tamponnement serré et prolongé. A la suite de ces paracentèses répétées, l'état général et local s'est considérablement amélioré. La paralysie faciale rétrocède progressivement, actuellement, il subsiste encore un léger degré d'asymétrie faciale, mais l'occlusion de l'œil est complète. Le conduit auditif s'est aussi notablement dilaté.

Chez l'adulte, la paralysie faciale s'observe assez rarement au cours de l'otite *aiguë;* elle est plus commune chez l'enfant. Pour en obtenir la guérison, il suffit d'assurer le drainage de l'abcès de la caisse par l'incision de la membrane; point n'est besoin de recourir à l'évidement pétro-mastoïdien comme lorsque la paralysie survient au cours d'une otorrhée chronique. La chute de la paroi, notée dans le cas relaté ci-dessus, était imputable à une simple périostite consécutive à la rétention du pus dans l'oreille moyenne au même titre que la paralysie faciale; elle ne ressortissait nullement à une ostéite mastoïdienne avec fistulisation de l'antre pétreux par les cellules limitrophes.

Dr Boulay

Femme de 30 ans atteinte d'une **affection du sinus maxillaire gauche** ayant débuté il y a un an par des *douleurs* dans la mâchoire supérieure, de la *gingivite* suppurée, de l'ébranlement des dents qui depuis sont toutes tombées.

Les douleurs, qui ont augmenté progressivement, sont devenues intolérables et nécessitent trois injections de mor-

phine par jour. Elles sont spontanées et sont réveillées par la moindre pression sur la joue et par la mastication.

Il existe de la tuméfaction de la joue, de l'abaissement de la moitié gauche de la voûte palatine, de l'élargissement du bord alvéolaire.

Les fosses nasales sont normales; la malade ne mouche pas. La joue est opaque à l'éclairage par transparence. Le lavage du sinus par le méat inférieur ramène un liquide légèrement louche avec quelques grumeaux blanchâtres.

Il s'agit vraisemblablement d'une tumeur maligne du sinus. justiciable d'une large intervention chirurgicale. Une réserve doit être faite sur la possibilité d'une lésion syphilitique : toutefois un traitement ioduré fait depuis 10 jours n'a amené aucune amélioration objective ni subjective.

Au sujet de la maladie de Boulay, **Le Marc'Hadour** opine dans le sens du Dr Lermoyez, l'examen histologique n'est pas un élément de certitude, il se souvient avoir vu une malade analogue à celle présentée ; l'examen histologique avait été très affirmatif, et disait épithélioma tubulé, il s'agissait de syphilis comme le prouva le traitement.

M. Mahu

Accidents laryngés graves chez un syphilitique tuberculeux. — Trachéotomie. — Traitement spécifique mixte. — Guérison. — Mahu présente un homme de 36 ans, à la fois syphilitique et tuberculeux, chez lequel une infiltration considérable des régions aryténoïdiennes avec empâtement et immobilisation de tout l'hémilarynx droit, constatés il y a deux ans, amenèrent assez rapidement, malgré le traitement mercuriel et un traitement local, des accès de suffocation et un tirage tels qu'on dut pratiquer la trachéotomie.

Après cette intervention, il fut possible de combiner le relèvement de l'état général avec le traitement spécifique mixte (injections d'huile grise et iodure de potassium à fortes doses). Le résultat fut excellent : l'état général s'améliore ; peu

à peu l'infiltration laryngée disparut ; seule l'immobilisation de l'hémilarynx droit persista.

Le malade put parler en bouchant sa canule dont il put ensuite se débarrasser ; mais il conserva une trachéotomie permanente.

G.-A. Weill présente : 1° un dispositif pour utiliser le courant des secteurs sur les cautères. Un rupteur magnétique ferme et ouvre le courant au tableau. Il est commandé par un bouton sur le manche et un troisième fil qui reçoit une dérivation très faible. On évite complètement l'étincelle dans le manche.

2° Un inverseur rotatif couplé avec un transformateur par courants alternatifs. L'ensemble se branche sur les canalisateurs à courants continus, le second organe peut s'employer isolément sur le courant alternatif. Cet appareil possède pour le cautère un grand rendement ; et le transformateur est protégé par un interrupteur automatique contre les ampérages excessifs qui pourraient le brûler à l'arrêt du moteur. Un dispositif de commande par le manche permet la mise en marche de l'inverseur et du cautère simultanément. Constructeur M. Gaudon.



Séance du 10 novembre 1909
à l'hôtel des Sociétés savantes

Présidence de M. MAHU

Présents : MM. Lubet-Barbon, Martin, Georges Laurens, Pasquier, Kœnig, Paul Laurens, Viollet, Wurtz, Courtade, Mounier, Veillard, Le Marc'Hadour, Furet, Mahu, Barthas, R. Foy, Luc, Bruder, Sieur, Glover, Castex, Hautant, Bosviel, Lermoyez, Rabé, Rouvillois, Cartaz, Munch, Grossard, Fiocre, Guisez, Fournié.

M. de Urquiza de Buenos-Ayres assiste à la séance.

Sont élus pour 1910.
Vice-Président : M. Georges Laurens.
Secrétaire annuel : M. Robert Foy.
Trésorier : M. Fournié.

La société vote l'envoi d'une adresse au professeur Politzer dont on doit célébrer le 9 décembre prochain l'anniversaire du cinquantenaire de son doctorat.

Candidatures :

MM. Delacour et Richou présentés par MM. Boulay et Le Marc'Hadour; de Parrel présenté par MM. Castex et Grossard; Gaston Poyet présenté par MM. Lermoyez et Cartaz; Blanluet et Paul Albert présentés par MM. Lermoyez et Mahu.

Communications :

M. C.-J. KŒNIG

Ablation des amygdales suivie de maladie de Basedow. Existe-t-il un lien de causalité? — Comme l'a dit Kuhnt au 1er Congrès international de

rhino-laryngologie tenu à Vienne en 1908, il existe toute une série de communications par B. Frankel, Musehold, Hopmann, Spencer Watson, Scanes Spicer, Moritz Schmidt, Tilley, Creswell Baber, etc., qui montrent des guérisons ou des améliorations de la maladie de Basedow par suite d'opérations nasales. Arslan décrit dix cas dont la cause était pour lui des végétations adénoïdes. Dans cinq cas l'ablation de celles-ci donna une guérison complète. Dans les deux cas de Holz, l'ablation de végétations fit disparaître une exophtalmie bilatérale. Dans un de ces cas, il y eut une récidive des végétations et, en même temps, de l'exophtalmie, ce qui rendit une seconde opération nécessaire. Dans le deuxième cas, en même temps que les végétations, existait une hypertrophie des deux amygdales palatines. La double tonsillotomie ne produisit aucun effet sur l'exophtalmie qui disparut cependant en 14 jours après l'ablation de l'amygdale pharyngée. L'explication de ce fait est difficile, et Kuhnt croit peut-être exacte l'hypothèse d'après laquelle il existe, en dehors de la glande thyroïde, encore d'autres organes, comme par exemple l'amygdale pharyngée, dont la fonction physiologique change de telle sorte qu'ils produisent eux-mêmes des matériaux pathogènes ou toxiques qui pénètrent dans la circulation, ou bien des matériaux qui ne neutralisent pas des poisons sanguins existants.

Si je vous rapporte ces faits, c'est pour faire un rapprochement avec un cas que j'observai l'année dernière d'une jeune personne de 28 ans qui vint me consulter pour des maux de gorge fréquents. Je constatai de grosses amygdales, mais pas de végétations. Autrement la santé générale était bonne, et la malade ne présentait aucun des symptômes que je constatai dans la suite. Considérant ses grosses amygdales comme la cause de ses fréquents maux de gorge, j'en proposai l'ablation. L'opération fut acceptée et faite en juin 1908. J'enlevai les deux amygdales aussi complètement que possible au moyen de l'emporte-pièce de Hartmann. Quatre ou cinq mois après, la malade commença à maigrir et à s'affaiblir, et petit à petit s'aperçut du grossissement de sa glande thyroïde. Puis apparurent des troubles gastriques,

des palpitations, la tachycardie (110 à 120 pulsations à la minute), le tremblement des doigts. Elle n'avait aucun trouble des organes génitaux. Il s'agissait d'un cas typique de maladie de Basedow à la symptomatologie de laquelle ne manquait que l'exophtalmie. La malade partit se reposer en Suisse, fit du massage, de l'électricité, et revint améliorée au point de vue des symptômes généraux et locaux, car la glande thyroïde était plus petite, la tachycardie persistant cependant (110 pulsations).

Je ne puis dire qu'il existe un lien de causalité entre l'ablation des amygdales dans ce cas et les symptômes incontestablement basedowiens qui l'ont suivie, et si ce lien existe, il sera très difficile d'en expliquer la pathogénie, d'autant plus qu'on n'est pas encore tout à fait d'accord sur la cause de la maladie de Basedow, d'aucuns en faisant une maladie primitive, sécrétoire, de la glande thyroïde, d'autres l'attribuant à un trouble du système nerveux. Serait-il possible que le choc opératoire et le traumatisme des filets du sympathique chez une personne prédisposée aient produit les symptômes basedowiens indiqués ?

J. Glover. — J'ai observé et publié des cas dans lesquels l'amygdale hypertrophiée, provoquant la dysphagie, la voix dite amygdalienne sans aucune température anormale, en dehors de l'infection, était enlevée par divers opérateurs à plusieurs reprises à un ou deux ans d'intervalle sans résultat. Les accidents se reproduisaient. De plus, on observe fréquemment dans la pratique la décongestion spontanée de l'organe.

Je n'ai pas vu le goître exophtalmique apparaître à l'occasion d'une amygdalotomie.

Je crois que l'étude clinique et thérapeutique de la fonction amygdalienne (faute de données suffisamment précises) n'autorise pas à admettre ici les suppléances glandulaires. D'une part, en effet, l'amygdale, expansion terminale du système lymphatique, n'est pas une glande à sécrétion interne et d'autre part l'opothérapie amygdalienne et adénoïdienne ne donne aucun résultat avec les procédés de préparation actuels des sucs organiques.

Et, me basant sur la clinique, comme rapport de causalité entre les phénomènes observés ici, je crois que les accidents

de dénutrition des adénoïdiens sont surtout d'ordre nerveux, d'importance variable et héréditaires. Fréquemment la dénutrition très accentuée dans l'adénoïdisme avec hypertrophie ou vaso-dilatation passagère des organes lymphatiques s'observe dans les familles de goutteux, dans lesquelles les troubles trophonévrotiques peuvent exister même dans l'enfance. Et il est possible de décrire cliniquement chez l'enfant dans ces familles une *hypotrophie hérédo-goutteuse infantile*, qui se produit à partir de 3 ou 5 ans, indépendante des accidents gastro-intestinaux du reste inobservés chez eux durant les deux premières années de la vie, indépendante de la syphilis, de la tuberculose et autres tares héréditaires, et qui bénéficie du reste peu d'une intervention. L'opothérapie thyroïdienne donne surtout des résultats chez ces enfants.

M. H. Luc

Application de l'anesthésie locale à l'opération radicale de l'antrite frontale suppurée chronique. — Il y a une dizaine d'années, j'eus l'occasion de pratiquer pour la première fois, à la demande du professeur Reclus, sur un de ses malades, une antrotomie mastoïdienne avec anesthésie locale. M. Reclus s'était chargé d'anesthésier lui-même la région par une série d'injections de chlorhydrate de cocaïne, les unes superficielles, intra-dermiques, les autres profondes, au contact de l'os. Mon intervention put être exécutée d'une façon très complète, sans que le malade accusât de vives douleurs.

Depuis lors j'opérai de la même façon d'autres malades atteints de mastoïdite aiguë, et pour lesquels l'anesthésie générale se trouvait, pour des raisons diverses, contre-indiquée.

Dans ces derniers temps, ayant eu connaissance de divers articles publiés sur le pouvoir anesthésique de la novocaïne et établissant les effets bien moins toxiques de cet agent comparativement à la cocaïne, Guisez et moi-même avons cherché à mettre à profit les avantages du médicament en question, pour étendre l'application de l'anesthésie locale à la plupart des interventions les plus importantes de notre spé-

cialité : résection sous-muqueuse du cartilage de la cloison nasale, laryngo-fissure, opération radicale de l'antrite maxillaire par le procédé dit Caldwell-Luc, évidement pétro-mastoïdien, combinant, pour ces diverses interventions, les injections sous ou intra-cutanées, ou sous ou intra-muqueuses d'une solution adrénalinée de novocaïne au centième avec l'application sur la muqueuse d'une solution au cinquième de chlorhydrate de cocaïne, ou, dans ces derniers temps, de novocaïne adrénalinée. Guisez a en outre utilisé avec succès le même anesthésique dans sa pratique œsophagoscopique et trachéo-bronchoscopique. Ces diverses applications feront l'objet d'une communication ultérieure, plus importante. Je désire me limiter aujourd'hui à vous relater un fait tout récent, où j'ai pu, grâce à la même méthode, pratiquer sur une jeune femme, pourtant assez nerveuse, au prix de douleurs insignifiantes et avec un plein succès, quant au résultat curatif, l'ouverture, par une voie externe, des deux antres frontaux atteints de suppuration chronique, avec prolongation inférieure de la brèche osseuse, suivant la méthode Taptas-Killian, pour la complète destruction des ethmoïdes et la création d'une large communication du foyer avec la cavité nasale.

Je suis heureux de pouvoir vous présenter en même temps la malade offrant toutes les apparences d'une parfaite guérison obtenue au prix d'une double cicatrice fort peu défigurante.

Permettez-moi de vous narrer brièvement son histoire clinique, qui m'a paru assez instructive et digne de vous être rapportée, en raison des difficultés toutes spéciales de diagnostic qu'elle présenta.

Il s'agit de Mme B..., blanchisseuse, âgée de 33 ans.

Elle vint me consulter au commencement de septembre dernier pour un écoulement de pus fétide par la fosse nasale droite.

A la rhinoscopie, aspect fongueux du cornet moyen sous lequel on voit s'échapper du pus crémeux.

A la translumination buccale, obscurité de la région sous-orbitaire et de la pupille oculaire du côté droit, tandis que les mêmes parties s'éclairent parfaitement à gauche.

L'examen de la bouche me montre des chicots à la place des deux grosses premières molaires. Ces chicots étant d'une extraction particulièrement difficile, j'en pratique moi-même l'ablation, après anesthésie locale à la novocaïne, avec la gouge et le maillet.

Puis une ponction suivie de lavage est faite par le méat inférieur, et provoque l'issue de pus fétide, se mêlant au liquide.

Je pratique jusqu'à douze ponctions semblables avec un intervalle de trois ou quatre jours. La dernière est exécutée le 7 octobre, et comme l'écoulement purulent est toujours aussi abondant et fétide, je propose à la malade l'opération radicale avec anesthésie locale, qu'elle accepte sans hésitation et qui est fixée au surlendemain 9 octobre.

Suivant la technique que j'ai décrite antérieurement, consistant à combiner l'application d'une solution de chlorhydrate de cocaïne adrénalinée à 20 pour 100 sur la paroi externe de la fosse nasale, puis à l'intérieur de l'antre une fois ouvert, avec des injections d'une solution de novocaïne adrénalinée à 1 pour 100 dans la muqueuse buccale et au-dessous d'elle, l'opération put être exécutée d'une façon très complète et au prix d'insignifiantes douleurs.

Les lavages pratiqués quelques jours plus tard et à diverses reprises dans le foyer, par l'hyatus artificiel, ne provoquèrent pas une seule fois la moindre trace de pus.

Cependant, le 20, en inspectant la fosse nasale, je notai une goutte de pus crémeux s'échappant du milieu des petits myxomes recouvrant le cornet moyen. Supposant que ce reste de suppuration était attribuable à une participation de l'ethmoïde, je pratiquai, séance tenante, la résection du cornet moyen et de toutes les parties accessibles du labyrinthe ethmoïdal, au moyen d'une de mes pinces plates.

Le 23, constatant toujours le même écoulement de pus, et notant qu'il était plus prononcé, après que la malade avait maintenu quelque temps son corps penché en avant, tandis qu'elle faisait, les narines étant bouchées, un effort prolongé d'inspiration, je commençai à soupçonner une complication frontale, et procédait à un nouvel examen de la région en question.

Grande fut ma surprise, en pratiquant une nouvelle épreuve de translumination sus-orbitaire, d'observer que la moitié droite du front s'éclairait notablement mieux que la gauche; d'autre part, recherchant l'existence d'une sensibilité de la même région à la pression, je constatai que c'était à gauche de la ligne médiane que la pression était douloureusement ressentie. Mon attention se porta aussitôt vers la fosse nasale gauche, dont la malade ne s'était jamais plainte, et je distinguai d'une façon incontestable un écoulement de pus crémeux au niveau du méat moyen, sans qu'il existât de trace de dégénérescence myxomateuse de la muqueuse avoisinante. Enfin la translumination buccale me montra la pupille droite toujours obscure et la gauche toujours claire. L'intégrité de l'antre maxillaire gauche fut, au surplus, nettement établie, séance tenante, par une ponction transméatique, suivie d'un lavage, qui ressortit parfaitement limpide.

En somme, il existait là un ensemble de signes assez contradictoires, quant à l'hypothèse d'une complication frontale unilatérale ou bilatérale.

En effet, si des deux côtés la constatation d'un écoulement de pus au niveau du méat moyen faisait fortement songer, par exclusion, à une origine frontale du pus, l'apparente translumination de la moitié droite du front ainsi que l'absence de toute sensibilité à la pression du même côté étaient contraires à l'hypothèse d'une suppuration frontale droite; et si cette même lésion paraissait fort probable à gauche, il était bien anormal que l'antre maxillaire du même côté fût indemne de toute suppuration. Dans ces conditions j'eus recours à ma pratique habituelle, consistant à faire, après anesthésie locale, une ouverture exploratrice de l'antre frontal, au point précis où l'on a le plus de chance de le rencontrer, c'est-à-dire immédiatement au-dessus de l'articulation de l'apophyse montante du maxillaire avec le frontal, et en cas de découverte de pus dans la cavité, à en pratiquer l'évidement complet. Seulement, dans le cas particulier, la malade, qui avait parfaitement supporté l'opération radicale maxillaire avec anesthésie locale, manifestant de nouveau une grande répugnance à l'égard du chloroforme, je résolus, en cas de constatation d'une antrite frontale unilatérale, ou

double, de recourir également à l'anesthésie locale pour l'opération radicale qui serait indiquée.

L'action anesthésique de la novocaïne au contact des muqueuses comparativement à la cocaïne ne me donnant pas une suffisante sécurité, je crus prudent pour cette première tentative de limiter l'emploi de la novocaïne aux injections intra et sous-cutanées et à recourir encore à la cocaïne pour la partie endo-nasale de l'anesthésie. Je commençai donc par loger dans la région supérieure de chaque fosse nasale, au contact du cornet moyen, non encore extrait à gauche, et à la place qu'il occupait à droite, une mèche de gaze imbibée de la solution suivante :

Eau..............................	5	grammes.
Solution d'adrénaline au millième...	5	—
Chlorhydrate de cocaïne...........	2	—

Après une attente de cinq minutes, j'extirpai à la pince plate le cornet moyen de la fosse nasale gauche, puis logeai à sa place une nouvelle mèche de gaze imprégnée de la même solution.

Après avoir placé ainsi les mèches cocaïnées intra-nasales, je procédai à l'anesthésie cutanée, la limitant à la partie interne du sourcil, dans l'hypothèse d'une ouverture simplement exploratrice de l'os, au moins pour commencer.

On sait que l'effet de la novocaïne est plus lent à se produire que celui de la cocaïne, mais en revanche que son action est plus prolongée. Ce ne fut donc qu'après dix minutes d'attente que le tégument fut incisé, d'abord à gauche, suivant une ligne demi-circulaire, embrassant l'angle orbitaire supérieur et interne. Après rugination l'os fut attaqué immédiatement au-dessus de l'apophyse montante et de l'unguis, et dès que l'antre fut ouvert, du pus crémeux s'en échappa. La même manœuvre exploratrice exécutée à droite ayant également montré l'antre de ce côté rempli de pus, je procédai des deux côtés à une anesthésie plus étendue, en vue d'une opération radicale bilatérale. Donc à droite et à gauche, une série de piqûres intra et sous-dermiques fut exécutée sur toute la longueur du sourcil et en dedans de lui sur le côté

du nez, injectant en tout six centimètres cubes de la solution suivante :

Eau................................	20 gr.
Solution d'adrénaline au millième.....	5 gr.
Novocaïne............................	0 gr. 25

Indépendamment des piqûres sourcillières une injection fut poussée, de chaque côté, profondément, à la partie supérieure et interne de l'orbite, en vue de rendre insensible la partie ethmoïdale de l'opération.

Après une nouvelle attente de cinq minutes, l'opération fut reprise en commençant par le côté gauche. Nous n'avons pas à en narrer les détails, puisque son exécution fut aussi régulière que si la malade eût été endormie. Je signalerai seulement cette particularité, que le nerf sus-orbitaire ayant été découvert à droite comme à gauche, je pratiquai une injection de quelques gouttes de la solution de novocaïne dans son canal et pus ainsi, suivant la pratique de Killian, extraire une partie du tronc nerveux en l'enroulant autour de la pince spéciale imaginée par lui, puis le sectionner, en vue d'éviter des phénomènes névralgiques ultérieurs.

L'exploration des deux antres frontaux avec une sonde ayant établi qu'ils étaient peu développés dans le sens vertical, je pus me contenter d'une seule brèche osseuse inférieure, que j'agrandis ensuite de haut en bas, aux dépens de l'apophyse montante, puis d'avant en arrière, aux dépens de l'unguis et du plancher de l'antre. Dans le sens transversal, je n'eus pas à dépasser la partie moyenne du sourcil pour atteindre la limite externe du foyer.

Les deux antres frontaux étaient remplis de fongosités qui se prolongeaient dans l'ethmoïde. Grâce à l'extension de la brèche inférieurement, je pus en pratiquer un curettage complet et établir une ample communication fronto-nasale.

Après lavage à l'eau oxygénée et insufflation d'iodoforme, les deux plaies furent réunies par première intention.

Les suites de cette double intervention ont été des plus simples : pas d'élévation thermique, réunion immédiate des deux plaies, cessation de toute suppuration nasale.

Ce fait établit donc nettement la possibilité d'exécuter avec la simple anesthésie locale la cure radicale d'une suppuration frontale chronique même bilatérale.

Il serait tout à fait inexact de prétendre qu'à l'aide de ce moyen une opération de cette importance soit absolument indolore. Pour apprécier un phénomène d'ordre aussi subjectif que la douleur, nous nous trouvons naturellement réduits à nous en rapporter aux plaintes des opérés. Or il est incontestable que la novocaïne, aussi bien que la cocaïne, produit sur eux un effet psychique spécial, exaltant leur émotivité et les portant, de ce fait, à une notable exagération de leurs plaintes. Dans le cas particulier de la malade, dont il est question ici, en considération de ses gémissements presque ininterrompus, mais non accompagnés d'efforts pour se débattre, je lui demandai, à un moment donné, si elle désirait qu'on lui administrât un peu de chloroforme ; mais elle s'y refusa ; et plus tard, quand, l'intervention étant terminée, on la questionna sur les souffrances qu'elle venait d'endurer, elle reconnut qu'elles avaient été très supportables.

D'autre part elle parut apprécier notablement le fait de pouvoir se rendre en marchant de la table d'opération à sa chambre et de pouvoir savourer immédiatement après un repas substantiel.

Enfin le fait que, grâce à l'adjonction de l'adrénaline aux solutions appliquées dans les fosses nasales ou injectées dans les téguments, ou contre le périoste, l'écoulement de sang au cours de l'opération fut réduit à un taux insignifiant, me semble représenter un autre avantage bien digne de considération.

Sans prétendre que l'anesthésie locale doive être exclusivement substituée à la narcose pour les opérations importantes de notre spécialité, nous croyons, en nous appuyant sur les documents qui figureront dans un travail ultérieur, pouvoir émettre l'opinion que l'application de l'anesthésie locale aux grandes opérations de l'oto-rhino-laryngologie est destinée à devenir la règle et que l'emploi du chloroforme devra être limité soit aux jeunes enfants, soit aux sujets pusillanimes, en leur laissant l'entière responsabilité des dangers inhérents à leur préférence.

Indépendamment de la conclusion pratique qui précède, il est deux autres enseignements fournis par le même fait, quant à la question toujours si délicate du diagnostic des antrites frontales, et sur lesquels je crois devoir, en terminant, appeler votre attention : d'abord le degré de confiance très limité que nous devons accorder aux résultats de l'épreuve de la translumination frontale; puis le fait de coexistence possible d'un antre maxillaire indemne avec un antre frontal suppurant du même côté. Ce fait est évidemment fort rare, et je vous avouerai que c'est la première fois qu'il m'était donné de l'observer; mais comme il se trouve formellement établi par l'observation que je viens de vous communiquer, j'ai tenu tout particulièrement à vous le signaler.

En revanche, je tiens à reconnaître qu'on ne saurait en bonne justice tirer du même fait de conclusion défavorable à l'égard de la valeur curative des lavages transméatiques, comme mode de traitement des antrites maxillaires, notre collègue Furet, qui s'est fait l'avocat de cette méthode dans notre pays, ayant depuis insisté pour qu'elle ne soit appliquée qu'aux antrites maxillaires non compliquées d'antrite frontale. Et pour cette raison je me serais abstenu moi-même d'en répéter l'emploi, comme je le fis chez ma malade, si j'avais dès le début reconnu la participation de l'antre frontal du même côté à la suppuration.

M. Paul Viollet

Hystérie, épilepsie et hémorragies répétées d'oreille simulées.—M. M..., jardinier, 45 ans, hospitalisé à l'hôpital Cochin, prétend avoir reçu, vers la fin de juillet 1898 (nous sommes en octobre 1904, il y aurait par conséquent un peu moins de six ans passés), un coup de foudre étant placé au pied d'un arbre. Il aurait été trouvé sans connaissance, dit-il, à trois mètres de l'endroit où il aurait été frappé; il serait resté paralysé du côté gauche et aurait été soigné trois mois à l'hôpital de Sèvres.

Il dit être resté 24 heures sans connaissance, aurait eu ensuite de la contracture de la jambe et du bras gauches; la

commissure des lèvres et la langue auraient été aussi déviées de ce côté. Pendant six mois, il aurait eu des fugues quelquefois de 15 jours, de la céphalée depuis l'accident et enfin des crises nerveuses survenant de temps à autre. Une infirmière du service aurait constaté une fois une crise, vers 8 heures du soir, avec salivation; je dois dire que ni le chef de service ni l'interne ou les élèves du service n'ont jamais eu l'occasion d'être eux-mêmes témoins d'une de ces crises.

Le coup de foudre aurait aussi déterminé des saignements d'oreille du côté gauche. L'infirmière du service, interrogée par moi, me dit avoir constaté deux fois, récemment, un liquide rosé, tachant la chemise et l'oreiller du lit, assez abondamment. Mais cela ne se produisait jamais que la nuit, détail assez particulier.

Il se plaintsurtout d'étourdissements ; c'est, dit-il, ce qui le gêne le plus pour travailler ; il avoue qu'ils étaient beaucoup plus forts antérieurement et qu'actuellement ils sont peu prononcés; cependant on lui fait une ponction lombaire pendant son séjour à l'hôpital, lui appliquant la méthode préconisée par le Dr Babinski dans le cas de vertige; il en a été amélioré et a pu travailler, dit-il, quatre mois et demi sans arrêt à la suite de cette ponction.

En 1900, il était jardinier à l'hôpital Saint-Joseph, dans le quartier de Plaisance ; il avait donc pu reprendre son travail après six mois de séjour à l'hôpital.

Le 5 novembre 1904, j'examine l'oreille gauche de cet homme; le tympan me paraît intact, à l'exception d'un point rouge, adhérent, comme fait par une piqûre d'épingle; cet examen était fait trois jours après le dernier saignement d'oreille signalé plus haut; quinze jours auparavant, j'avais examiné l'oreille et constaté un tympan intact.

Le 12 novembre, je réussis à retirer le petit agglomérat constaté, le 5, sur le tympan; c'était bien un petit caillot de sang. Le tympan est aujourd'hui parfaitement mobile à l'examen fait à l'aide du spéculum de Siegle. A l'examen fait de la sensibilité au contact du tympan, à l'aide d'un stylet mousse, le malade répond qu'il ne sent rien à gauche, non plus que du même côté sa cornée, examinée en même temps ; du côté

de l'oreille, le réflexe de toux bien connu que le contact du spéculum provoque souvent, physiologique du reste, se produit parfaitement chez ce sujet.

L'examen des yeux, effectué dans le service, aurait révélé un rétrécissement du champ visuel à gauche et une acuité visuelle diminuée de ce côté. Le diagnostic d'hystérie semblait possible.

A cette époque, j'avais déjà songé à faire chez lui l'épreuve de l'examen électrique de l'oreille, afin de m'assurer de l'état vrai de l'oreille, par la constatation d'une inclinaison ou rotation de tête accusant une oreille normale ou non, d'après le procédé imaginé par le Dr Babinski. J'en fus empêché par son départ, car j'appris qu'il avait été renvoyé pour cause de désordres.

Le 15 avril 1905, je retrouve cet homme, dans le même service, au même hôpital; il y avait seulement cinq mois qu'il l'avait quitté. Le malade dit avoir quitté son patron, le 24 mars dernier, chez lequel il chargeait du fumier, par le fait d'une nouvelle fugue et entrait à l'hôpital comme fatigué, se plaignant de mal de tête, localisé à la nuque, plus accentué la nuit, et, à nouveau, d'étourdissements; il accusait aussi des bourdonnements de l'oreille gauche et disait avoir saigné dix minutes de cette oreille la nuit dernière et même un peu ce matin. Le tympan examiné de suite est intact, aucune trace de sang, aucune cicatrice; le sujet prétend toujours que le stylet au contact du tympan est insensible, mais il conserve le réflexe accentué de la toux provoquée par l'examen de l'oreille au spéculum. Il affirme que le vue de l'œil gauche est encore moins bonne qu'il y a cinq mois,

Depuis sa sortie de l'hôpital, il prétend avoir eu trois hémorragies de l'oreille, celle qu'il me signale aujourd'hui serait la quatrième. Le 16 avril, avec l'aimable assistance d'un interne du Dr Babinski, nous faisons chez cet homme, l'épreuve du vertige voltaïque. Le pôle positif placé à droite, près du tragus, fait incliner la tête du même côté ; il en est de même pour l'oreille gauche; le pôle positif placé à gauche, la tête s'incline à gauche. La rotation de la tête se fait également bien d'un côté et de l'autre et toujours du côté où l'on place l'électrode positive, placée à un point un peu différent de

celui indiqué plus haut pour l'obtention de l'inclinaison simple de la tête, sans rotation.

La conclusion était donc que les deux oreilles étaient normales; ces résultats étaient obtenus avec un courant de 11 milliampères pour une oreille, 11 1/2 pour l'autre; les réactions étaient donc similaires pour les deux oreilles.

L'examen du système nerveux du malade, fait par l'interne de M. Babinski, fait ressortir la conservation des réflexes rotuliens et achilléens; ce dernier plus faible à gauche. Le signe de Babinski n'existe d'aucun côté. L'électricité faradique employée, aidée de suggestion, fait réapparaître une certaine sensibilité du côté gauche. L'interne consulté par le chef de service lui demandant son avis sur le diagnostic à porter sur ce malade, déclare qu'il pense que les fugues doivent faire penser plutôt à l'épilepsie qu'à l'hystérie. Ce malade interrogé, dit avoir eu pendant un an, 7 ou 8 mois après un choc, sans doute, le coup de foudre signalé lors de son premier séjour à l'hôpital, qu'il n'a pas l'idée de rappeler, des crises brutales avec perte de connaissance, morsure de la langue, céphalée consécutive persistant nuit etjour; il n'aurait jamais perdu ses urines; il se serait même blessé sur un châssis de verre (il est jardinier) en tombant et montre une cicatrice.

Le 20 octobre 1905, le médecin, chef du service, me fait prier de venir examiner une autre malade. Je venais dans ce service, à jour fixé, le samedi matin, pour examiner les malades de ma spécialité; or ce jour-là, j'étais appelé un jour différent.

Le malade, objet de ma communication actuelle, connaissait parfaitement le jour régulier; il s'arrangeait toujours pour avoir des soi-disant hémorragies d'oreille, tout autre jour que le samedi. La surveillante me dit, ce jour inattendu, que le malade dont j'écris l'histoire avait justement eu le matin une hémorragie de l'oreille et qu'elle avait pu constater une tache de sang sur l'épaule de sa chemise.

J'examine l'oreille, profitant de cette occasion unique, notre homme étant pris à l'improviste. Le tympan est absolument normal et intact du côté gauche, soi-disant hémorragique; cette oreille est tapissée de cérumen aucunement teinté

de sang, ce qui serait certainement arrivé s'il y avait eu un véritable saignement. De plus, pendant mon examen d'oreille, m'ayant sans doute entendu au cours d'un précédent examen semblable, expliquer à un élève que la toux déterminée par le contact du spéculum dans l'oreille était un phénomène réflexe s'expliquant anatomiquement, le sujet se mit à tousser d'une façon tout à fait excessive et exagérée.

De tout cet ensemble, je tirai la conclusion qu'il s'agissait à n'en pas douter, d'un simulateur; cela résultait de ces dernières constatations entièrement négatives; opinion d'autant plus soutenable qu'elle concordait avec les résultats constatés, peu de temps auparavant, au cours des épreuves voltaïques exécutées qui nous avaient démontré des réactions d'oreilles normales.

L'interne du service m'avoue que, depuis longtemps déjà, cet homme était soupçonné par lui de simulation, d'autant qu'il m'a appris que ce soi-disant malade était utilisé, à l'entretien des jardins durant ses séjours prolongés et répétés dans le même hôpital, octobre et novembre 1904, et d'avril à octobre 1905. J'ai déjà dit, au cours de son observation, que cet homme était jardinier, en 1900, à l'hôpital Saint-Joseph (quartier de Plaisance).

J'estime que c'est là que cet habile homme aura fait son apprentissage de simulateur. En effet, en plusieurs occasions, il aura pu être appelé, en l'absence d'un infirmier ou pour lui aider, au cours de crises d'épilepsie ou d'hystérie; plusieurs hommes sont souvent nécessaires pour maintenir les malades en pareil cas et empêcher qu'ils ne se blessent. Observateur, il aura pu en observer les divers symptômes surtout, s'il a eu l'occasion d'assister l'examen de l'interne, appelé à observer et calmer ces crises. Ces symptômes ont dû se graver dans sa mémoire; ce sont des tableaux vivants que ces crises.

De plus, à l'hôpital Saint-Joseph, il y a une consultation spéciale d'oto-rhino-laryngologie très chargée; là, encore, il y a souvent un enfant à tenir ou un adulte dont il faut maintenir la tête; à cette consultation n'assistent qu'une sœur et une infirmière; elles ont bien pu, à l'occasion se faire aider

pour un enfant ou un malade difficile chez lequel on avait à pratiquer une opération quelque peu délicate telle qu'une paracentèse, une ablation de polype, ou tout autre.

C'est ainsi, je crois, qu'on peut expliquer l'habileté de ce malade dont les dires, dans ses séjours successifs à l'hôpital Cochin, ont souvent varié et dont les crises, ou fugues, suites d'un coup de foudre prétendu, n'ont pas été contrôlées une seule fois par le médecin ou l'interne chargés du service dans leurs symptômes ou dans leur cause.

Ainsi a pu abuser, pendant neuf longs mois, un homme peu intéressant, de la trop obligeante hospitalité de l'Assistance publique.

MM. Sieur et Rouvillois

Deux cas d'abcès du cerveau. Considérations cliniques et opératoires. Présentation de malade et de pièces anatomiques. — L'histoire des abcès cérébraux est encore assez obscure pour engager ceux qui ont eu l'occasion d'en observer et d'en traiter, à les publier, quel que soit leur mode de terminaison.

L'un de nous (Sieur) a déjà rapporté en mai 1907 à la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie trois cas d'abcès du cerveau et a fait suivre son travail de considérations relatives à leur traitement chirurgical. La conclusion de cette étude était que, sans poser de règle absolue, l'intervention devait être précoce et complète d'emblée. Nous ne voulons pas aujourd'hui revenir sur ces conclusions qui restent d'ailleurs entières. Nous voulons simplement rapporter deux nouveaux cas que nous ferons suivre des quelques réflexions qu'ils nous ont suggérées.

Observation I. — P..., cavalier au 1er régiment de cuirassiers est admis à l'hôpital du Val-de-Grâce le 28 mars 1907 pour une otite moyenne suppurée à gauche.

A l'âge de douze ans, il aurait subi, à six mois d'intervalle deux interventions (ablation probable de végétations adénoïdes) nécessitées par une surdité de l'oreille gauche.

Le malade n'a pu préciser si l'oreille avait coulé à cette époque.

Jusqu'au moment de son incorporation, il n'accuse aucun antécédent pathologique. Incorporé au 1er régiment de cuirassiers, il y fait son service pendant dix-huit mois, sans présenter aucun symptôme pouvant attirer l'attention du côté des oreilles.

Le 22 mars 1907, étant à cheval, il éprouve quelques étourdissements avec douleurs auriculaires et mastoïdiennes à gauche, suivies bientôt d'un écoulement purulent.

Admis à l'infirmerie, la persistance des douleurs et l'insomnie qu'il accuse pendant quelques jours décident le médecin-major à l'envoyer au Val-de-Grâce. Au moment de son entrée (28 mars 1907), les douleurs sont beaucoup moins vives ; d'ailleurs, il n'existe aucune tuméfaction extérieure de la région mastoïdienne.

L'examen otoscopique donne les renseignements suivants :

A gauche, le conduit auditif est tuméfié et rempli de débris épidermiques et de pus concrété. Après nettoyage, on aperçoit un polype volumineux, assez mobile, occupant toute la partie profonde du conduit.

A droite, l'oreille est normale.

Après désinfection de l'oreille malade, par des bains oxygénés journaliers, la masse polypoïde est enlevée à la pince le 8 avril.

9 avril. — L'écoulement auriculaire a diminué, mais il est encore difficile de pouvoir distinguer avec précision l'étendue des lésions.

Les douleurs ont complètement disparu.

Les bains oxygénés journaliers suivis de pansements aseptiques sont continués régulièrement.

L'appétit est bon et l'état général excellent. D'ailleurs, le malade descend au jardin avec ses camarades et y passe la plus grande partie de ses après-midi.

Le 16 avril, à 2 h. 1/2 du matin, il est pris brusquement, sans prodromes, d'une douleur frontale violente, accompagnée de vomissements abondants. Le médecin aide-major de garde appelé aussitôt, est surtout frappé par la prédomi-

nance des phénomènes douloureux, surtout accusés dans la région frontale, et absolument nuls dans la région temporo-mastoïdienne.

Il ne relève aucune paralysie du côté des membres, de la face ou des yeux. Les pupilles réagissent bien. Pas de Kernig. Pas de raideur de la nuque. Aucun trouble sensitif.

Le pouls est un peu rapide (92 pulsations), mais bien frappé et sans arythmie. La respiration est rapide, mais régulière. La température est de 37°6.

Des applications froides et une vessie de glace sur le front calment peu à peu le malade dont l'état semble s'améliorer d'une façon manifeste pendant quelques heures. Cette accalmie est de courte durée, car vers 6 h. 1/2 du matin, il entre dans le coma avec une respiration ayant le rythme de Cheyne-Stokes, et il meurt une heure après.

A l'autopsie, nous trouvons un cholestéatome de l'oreille moyenne, des dimensions d'une petite noisette, séparé du sinus latéral par une lamelle osseuse papyracée, et ayant perforé le toit de la caisse pour arriver au contact des méninges.

La paroi du sinus latéral est épaissie et jaunâtre, mais le sinus est perméable et ne contient aucun caillot. Il n'existe aucune trace de méningite.

Après durcissement du cerveau, nous pratiquons les coupes de Pitres.

Nous ne trouvons rien jusqu'à la coupe pédiculo-pariétale, mais au niveau de cette dernière, on constate à la partie supérieure du faisceau temporo-sphénoïdal, une petite zône grisâtre et ramollie correspondant à la partie antérieure d'un abcès.

Une coupe faite à un centimètre en arrière passe en plein dans la cavité d'un abcès qui est du volume d'une noix et occupe le centre de la partie postérieure du lobe temporal, c'est-à-dire toute la partie comprise entre la coupe pédiculo-pariétale et la coupe occipitale de Pitres. Sa périphérie est constituée par une bande annulaire grisâtre de 4 à 5 millimètres d'épaisseur au centre de laquelle se trouve un magma jaunâtre et ramolli.

La substance cérébrale séparant l'abcès de la périphérie du cerveau est absolument normale.

Observation II. — L..., soldat au 102e régiment d'infanterie, sans passé auriculaire, est admis au Val-de-Grâce, le 11 février 1909, pour une otite moyenne suppurée à gauche remontant à 8 jours et survenue sans douleurs très vives.

L'examen objectif au moment de l'entrée permet de constater que :

A gauche, le tympan est épaissi et congestionné à la partie supérieure et tapissé de pus à sa partie antéro-inférieure où doit exister la perforation.

A droite, l'oreille est normale.

La rhinoscopie antérieure révèle une crête de la cloison venant au contact du cornet inférieur correspondant.

La rhinoscopie postérieure montre que le rhino-pharynx a une muqueuse épaisse et tapissée de larges traînées de muco-pus.

La paracentèse du tympan est pratiquée immédiatement et donne issue à du pus mélangé de sang.

Le traitement habituel est institué : bains oxygénés et pansement aseptique.

L'état local semblait rester à peu près stationnaire lorsque le 14 mars, la température monte à 39° en même temps que toute la région rétro-auriculaire devient douloureuse et tuméfiée. Une pression exercée sur la mastoïde fait refluer le pus dans le conduit, ce qui permet de supposer que l'apophyse est spontanément perforée.

Néanmoins, l'état général est bon. Pas d'insommie, ni de douleur spontanée.

Trépanation de l'apophyse mastoïde, le 14 mars 1904, anesthésie générale.

L'incision des parties molles fait sourdre du pus venant de la partie antérieure et moyenne de la mastoïde. L'apophyse est rapidement débarrassée à la curette des parties nécrosées, ce qui amène à mettre à nu la paroi antérieure du sinus latéral. Celle-ci est un peu épaissie et jaunâtre, mais la circulation sinusale paraît intacte, en raison de la souplesse du vaisseau et de la conservation de ses battements. Toutes les cellules périsinusales fongueuses ou suspectes sont soi-

gneusement curetées et nettoyées, notamment en haut et en arrière où les lésions sont le plus accusées.

Les cellules péri-antrales, complètement nécrosées, sont abrasées à la curette et nous conduisent non pas à l'antre, mais au contact de la dure-mère qui est mise à nu sur une étendue de 1/2 centimètre carré environ. Aucune fongosité ou collection suppurée ne se trouvant à son contact, nous ne jugeons pas utile d'agrandir davantage l'orifice osseux de la fosse cérébrale moyenne. L'antre est trouvé un peu plus bas, immédiatement en avant du sinus. Au moment de son ouverture, on voit sourdre du pus sous pression. Il est agrandi à la curette. Toute la brèche osseuse mastoïdienne est régularisée.

La pression de la région cervicale ayant fait refluer du pus dans la plaie, une contre-ouverture rétro-sterno-mastoïdienne est pratiquée, et un gros drain y est placé. Ces manœuvres permettent de découvrir deux ou trois petits séquestres de la pointe, qui sont enlevés à la pince coupante.

Deux mèches sont mises en place, l'une au contact des méninges, l'autre au contact du sinus.

15 mars. — La journée et la nuit d'hier ont été bonnes, malgré l'insomnie due au chloroforme. La température, hier soir, est montée à 39°2. Ce matin elle est de 38°5. Le malade est lucide, ne souffre pas et ne présente aucun signe de réaction cérébrale ou méningée.

16 mars. — Premier pansement. La suppuration est très abondante, mais il n'y a pas de rétention. L'état général est bon. La température baisse progressivement.

18 mars. — Deuxième pansement. La suppuration reste abondante.

Aucune douleur.

20 mars. — L'état général, qui était très satisfaisant depuis quatre jours, est un peu moins bon depuis hier, en même temps que la température est montée à 38°2. Le malade accuse du côté du cou une sensation de gêne déterminée par la présence du volumineux ganglion sous-maxillaire.

Au pansement on constate une suppuration toujours très abondante et un peu de rétention au niveau de la dure-mère, sous laquelle nous insinuons un petit drain.

21 mars. — En exerçant une pression en bas et en arrière

de la brèche mastoïdienne, on fait sourdre du pus en assez grande quantité. Une contre-ouverture est faite et un drain est placé au point déclive.

27 mars. — Depuis le *6 mars*, les pansements sont faits régulièrement, tous les matins. De larges irrigations oxygénées sont pratiquées par le drain allant au niveau de la collection extradure-mérienne. Ces lavages sont faits avec d'autant plus de soin que nous craignons de la rétention dans le foyer, car le retrait momentané du tube est suivi de l'écoulement de quelques gouttelettes de pus.

28 mars. — Le malade aurait présenté hier, au dire de ses camarades, quelques légers symptômes cérébraux. Il aurait été agité et aurait prononcé des mots incohérents. Malheureusement ces symptômes n'ont pas été observés médicalement.

Ce matin, il a toute sa lucidité. Il reconnaît et nomme tous les objets qu'on lui présente. Il n'accuse aucune douleur. Le pouls est normal. Pas de vomissements. Pas de signe pupillaire. Pas de température.

Localement, la plaie opératoire a bon aspect. Les battements cérébraux sont nettement transmis par le drain. Au retrait de ce dernier, il s'écoule du pus en assez grande abondance, ce qui nous engage à augmenter son calibre. Le sinus latéral est recouvert de bourgeons charnus de belle apparence.

Une ponction lombaire permet de retirer quelques centimètres cubes de liquide clair, sans hypertension. L'examen cytologique et bactériologique de ce liquide est négatif.

29 mars. — Hier soir, la température est montée, sans cause appréciable, à 38°3. Néanmoins la journée et la nuit ont été bonnes. Il n'existe aucun signe de réaction cérébrale ou méningée. Le drain placé hier a très bien fonctionné et la rétention est moins considérable.

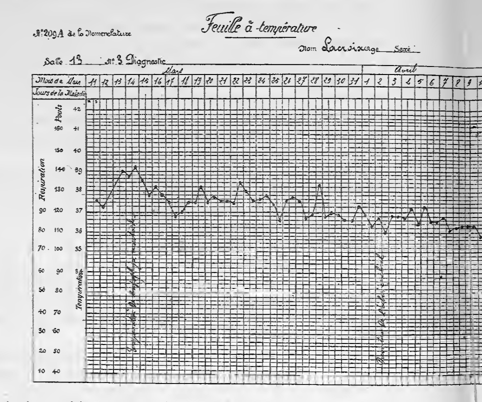
30 mars. — L'état général et local sont toujours satisfaisants. Le drain fonctionne dans de bonnes conditions et a fait disparaître la petite rétention des jours précédents.

2 avril. — Ce matin, au moment de la visite, le malade qui depuis le 28 mars n'avait présenté aucun symptôme cérébral, paraît légèrement agité. Il accuse une céphalée localisée au

côté gauche. Il comprend parfaitement les paroles qui lui sont adressées, exécute les mouvements qui lui sont demandés, mais est dans l'impossibilité absolue d'articuler un mot et d'écrire son nom.

La motilité des membres et de la face est intacte.

La motilité oculaire est conservée. Les pupilles sont égales



et réagissent bien. Pas d'hémianopsie. L'examen du fond de l'œil n'a pas été pratiqué.

Le pouls est à 74, bien frappé. La respiration s'effectue normalement.

Pas de kernig. Pas de raideur de la nuque. Pas de vomissements.

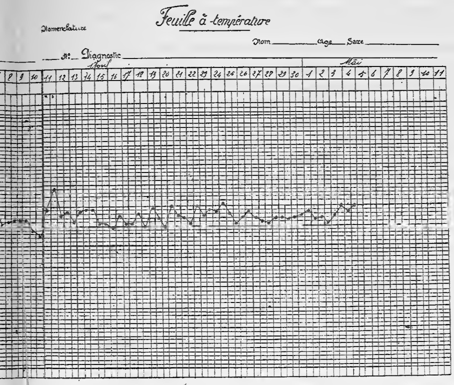
La céphalée et le déficit cérébral ne laissent plus aucun doute sur la présence d'un abcès encéphalique. L'intervention est décidée séance tenante.

Quelques instants après, pendant les derniers préparatifs opératoires, le malade présente sur la table d'opération une

crise convulsive, caractérisée par des mouvements toniques et cloniques des quatre membres.

La face d'abord pâle prend un aspect cyanique. L'écume apparaît aux lèvres. Emission involontaire d'urine.

Intervention. — Les accidents convulsifs et cyaniques sont tellement graves que sans anesthésie, après incision et écar-



tement des parties molles, l'écaille du temporal correspondant au plafond de l'antre est morcellée et rapidement abrasée à la pince coupante.

Après débridement des méninges, l'exploration du lobe temporo-sphénoïdal dans plus d'une direction, à l'aide de la sonde cannelée et d'un dilatateur mousse à deux branches, permet d'ouvrir un abcès de la grosseur d'une noix, qui contient une grande cuillerée à bouche de pus bien lié et sans odeur.

L'agitation et la cyanose ont disparu dès que le cerveau a été mis à nu, et vers la fin de l'opération, comme la sensi-

bilité est revenue, on donne quelques bouffées de chloroforme. Un drain est mis en place et on panse à plat sans compression.

L'opération a duré quelques minutes.

Arrivé dans son lit, le malade est repris d'une crise analogue à celle d'avant l'opération. Les mêmes symptômes se reproduisent à divers intervalles pendant une demi-heure.

Deux heures après le malade est calme et répond aux questions qui lui sont posées.

L'examen ophtalmoscopique ne montre rien d'anormal du côté gauche. Pas d'hémianopsie.

4 avril. — Depuis l'opération, le malade a recouvré sa lucidité. Il retrouve avec facilité le nom des personnes et des objets qui l'environnent. Néanmoins, par moments, il bredouille encore légèrement.

Pas de céphalée, aucun signe de réaction méningée. Le drain intra-cérébral est augmenté de volume et la poche est lavée avec de l'eau oxygénée tiède et très étendue. Les battements du cerveau qui n'existaient plus lors de l'opération sont revenus.

La suppuration de la poche est, en somme, peu abondante. L'aspect de la plaie est tout à fait satisfaisant.

6 avril. — Hier, après-midi, le malade s'est plaint de maux de tête. Il a été agité jusqu'à 11 heures et demie. A ce moment, il a présenté une nouvelle crise convulsive caractérisée par de la contracture de la face avec écoulement assez abondant de salive. Aussitôt après, des convulsions toniques ont apparu du côté droit et ont été suivies d'un nouvel écoulement salivaire.

Après cette crise, il s'est endormi et ne s'est réveillé qu'à 7 heures du matin.

Ce matin, le malade est lucide. Il retrouve facilement son nom et son prénom, mais il est obligé de se reprendre fréquemment et il bredouille par instants. Il ne peut plus, notamment, retrouver le nom des médecins qui le soignent. Il passe parfois une syllabe en énonçant le nom d'un objet usuel.

Il n'existe ni paralysie, ni contracture des membres. Pas de kernig. La motilité oculaire est normale. Les pupilles réa-

gissent bien. Pas de douleurs et notamment pas de céphalée. Pas de vomissements. Pas de constipation appréciable. Il existe une dissociation assez nette entre la température et le pouls. Ce dernier est à 100, tandis que la température est normale.

Pas de diminution de l'acuité visuelle. Localement, l'exploration prudente de la cavité de l'abcès à la sonde cannelée avec un dilatateur mousse, montre qu'il n'existe pas de rétention. Un drain est encore laissé à demeure.

7 avril. — Ce matin, après le pansement, le malade a présenté une contracture légère avec fourmillements du bras et de la jambe droite. Ces phénomènes disparaissent dans l'après-midi.

9 avril. — La cavité ne laissant plus écouler qu'un peu de sérosité claire, on diminue le calibre du drain.

11 avril. — L'amélioration générale et locale sont manifestes.

La plaie a très bon aspect, la poche est notablement réduite de volume ; le cerveau a ses battements normaux et sa résistance habituelle.

Néanmoins, L... présente de nouveau ce matin un peu d'amnésie pour certains mots et bredouille certaines phrases.

Ces petits symptômes ont peut-être été réveillés par une crise dentaire que le malade a ressentie cette nuit au niveau d'une molaire cariée, qui a dû être extraite ce matin avec anesthésie cocaïnique.

13 avril. — Le malade est redevenu tout à fait normal au point de vue psychique.

La plaie a bon aspect. Néanmoins, on voit encore sourdre quelques gouttelettes de pus, au moment de la réintroduction du drain dans la poche.

19 avril. — Le pansement n'est plus souillé. Comme le drain a été très raccourci et paraît devoir être éliminé, on fait un examen du trajet à la sonde cannelée ; celle-ci s'enfonce de 5 centimètres et laisse écouler d'abord un liquide fortement coloré en jaune, puis de quelques grumeaux purulents. Il y a lieu de noter qu'un lavage de la plaie avait été faite auparavant et qu'une partie du lavage avait dû pénétrer dans la poche.

L'état général est très satisfaisant, le malade se lève, dort bien, a bon appétit, et n'a plus aucun trouble cérébral

26 avril. — Le trajet du drain diminue de jour en jour. La plaie se comble régulièrement.

L'état général est excellent.

28 avril. — Le trajet intra-cérébral est comblé. On retire définitivement le drain.

13 mai. — Depuis 15 jours, la cicatrisation suit une marche régulière. Il ne reste plus à épidermiser qu'une petite surface de 1/2 centimètre carré.

L'état général est toujours excellent. L'appétit et le sommeil sont bons.

Le malade passe ses journées dans le jardin.

Il n'existe plus aucun trouble de la parole.

27 mai. — La région rétro-auriculaire ne présente plus qu'une légère dépression cupuliforme non épidermisée capable de loger un petit haricot.

L'état général et local étant excellents, le malade est renvoyé dans sa famille, après avoir été réformé.

Si les deux observations ne nous amènent pas à des conclusions nouvelles, elles nous permettent au moins de formuler quelques réflexions relatives à l'histoire clinique et opératoire des abcès cérébraux. Elles sont d'ailleurs tout à fait disparates et n'ont d'autre lien de parenté que l'identité du siège de la lésion, aussi nous faut-il les analyser séparément.

L'observation I est un nouvel exemple de l'*évolution latente* et sourde des complications auriculaires chez les otorrhéiques chroniques. Malgré la bonne santé apparente du sujet, il est certain que depuis plusieurs années, le cholestéatome découvert à l'autopsie suivait une marche lentement mais sûrement progressive pour aboutir à la perforation du toit de la caisse qui a été la première étape des accidents.

La symptomatologie s'est bornée dans ce cas à quelques phénomènes vertigineux et douloureux fugaces qui auraient dû être une indication opératoire formelle si l'état anatomique de l'oreille de P... avait pu être soupçonnée plus tôt.

Les symptômes ont été, dans ce cas, d'autant plus fugaces et d'autant moins caractérisés que la collection, bien que sié-

geant à gauche, était localisée en pleine substance blanche, dans une région habituellement muette. Il n'en eût pas été de même si la collection avait été plus superficielle, comme dans l'observation II. Elle eût alors irrité le centre du langage et déterminé de l'aphasie.

Au point de vue anatomique, ce cas est un bel exemple d'abcès encéphalique central, séparé du foyer auriculaire par une épaisseur considérable de tissu sain. La pièce que nous présentons aujourd'hui est particulièrement démonstrative.

Au point de vue opératoire, cette pièce comporte également un enseignement. Si le malade avait été opéré, il est probable que plusieurs ponctions eussent été nécessaires pour arriver à l'abcès. Il est même possible de concevoir comment dans certains cas, le chirurgien n'atteint pas la collection qui n'est constatée qu'à l'autopsie.

Quant à la façon brusque avec laquelle sont apparus les accidents convulsifs qui ont amené la mort, elle s'explique par la proximité de la poche du ventricule latéral correspondant. Si l'abcès était éloigné de la surface du cerveau, deux millimètres à peine le séparaient de la cavité ventriculaire.

Dans l'*Observation II*, l'*évolution* de la lésion est moins insidieuse et se révèle une première fois par quelques troubles fugaces de la parole, conséquence heureuse de la localisation de l'abcès du côté gauche, et de sa situation superficielle.

L'intérêt clinique de ce cas réside dans la violence inouïe des phénomènes de compression qui ont apparu d'une façon dramatique sur la table d'opération. Il n'est pas douteux que si l'intervention avait été différée d'un quart d'heure, la mort survenait.

En effet, dès que le cerveau a été décomprimé, les mouvements convulsifs ont disparu, en même temps que le pouls et la respiration ont repris leur rythme normal.

A ce propos, ne serait-il pas permis de supposer que si les accidents rapides qui ont emporté notre premier malade étaient survenus au moment précis de notre présence à l'hôpital, ce malade aurait pu être opéré d'extrême urgence dans les mêmes conditions et aurait pu être sauvé? L'issue heureuse de l'intervention chez notre second malade semble au moins autoriser cette hypothèse.

L'intervention, rapidement menée, consiste simplement dans l'agrandissement à la pince gouge du petit orifice osseux situé au niveau du plafond de l'antre. Il était inutile de pratiquer l'évidement pétro-mastoïdien, car il s'agissait de décomprimer au plus vite le cerveau en évacuant la collection.

Cet abcès, survenu au cours d'une oto-mastoïdite aiguë est en effet bien différent de celui qui se développe au cours des otorrhées chroniques, dont l'ouverture doit être, en règle, précédée d'une exploration préliminaire de l'antre, de l'aditus et de la caisse. D'ailleurs, dans la majorité de ces cas, l'évidement est déjà pratiqué depuis plusieurs jours lorsque les accidents cérébraux apparaissent.

Chez notre malade, au contraire, l'ouverture préalable des cavités de l'oreille était inutile, et n'a pas été pratiquée. Ce procédé a eu pour avantage immédiat d'être d'une exécution simple et rapide, et pour résultat éloigné de conserver au malade l'intégrité complète de son audition.

M. Robert Foy

Rhinométrie. — L'auteur présente son atmorhinomètre (*Presse Médicale* du 6 février 1909) enregistrant, conservant, mesurant les taches expiratoires nasales. Celles-ci se trouvent soustraites aux influences extérieures, par leur immobilisation entre deux glaces, une dépolie, l'autre transparente et graduée en centimètres carrés. Par transparence, les deux taches sont nettement visibles, et sans que l'on ait à se presser, on peut, pour les conserver, les calquer à un nombre infini d'exemplaires. L'auteur critique la position horizontale, parallèle au plan des orifices narinaires donnée à la plaque enregistreuse, comme le fait Glatzel. L'inégalité des taches ainsi obtenues ne correspond que rarement à l'inégalité fonctionnelle accusée par le malade. On n'enregistre ainsi que le sommet du tronc de cône expiratoire, sommet dont l'aspect et les dimensions sont fonction de la forme, de la largeur, de la souplesse des ailes du nez. Celles-ci jouent en effet le rôle de régulateur du jet expiratoire (brise-jet), et tendent par

cela même à égaliser et à condenser, au moins partiellement, les deux jets expiratoires à leur naissance. En plaçant la plaque enregistreuse perpendiculairement à la sous-cloison, parallèlement aux deux cônes expiratoires, ceux-ci se trouvent dessinés en longueur et en largeur, et renseignent très exactement sur les égalités ou les inégalités des deux fosses nasales. Il est important de ne faire expirer le sujet que très lentement après une inspiration faible, afin d'éviter les phénomènes de projection et d'étalement des taches qui en vicieraient l'exactitude.

Présentations de calques, entre autres d'une série prise chez le même sujet avant et après adrénalisation : la largeur des taches (prise horizontale) n'a pas varié, la longueur seule (prise verticale) a remarquablement augmenté. Sur l'enregistreur de Marey, à l'aide d'olives à double courant, laissant le sujet respirer normalement et rythmiquement, la bouche fermée, l'auteur a obtenu des tracés bilatéraux de la respiration intranasale : le plus souvent ils concordent avec les calques pris au rhinomètre ; au cas contraire, ils affirment la localisation de l'obstacle au niveau des ailes du nez. Ce dernier procédé n'est d'ailleurs qu'un procédé de laboratoire.

A. Courtade. — En voyant inscrit à l'ordre du jour de cette séance une communication sur la rhinométrie, je m'attendais à prendre la parole, ayant quelque expérience de la chose. L'auteur, M. Foy, a bien parlé d'un étranger, M. Glatzel, et de sa plaque de métal, mais il a complètement passé sous silence un collègue qui a le grand tort, pour lui, d'être Français et qui s'appelle Courtade ; c'est celui-ci qui a créé la rhinométrie clinique, pratiquée avec l'instrument désigné sous le nom de pneumodographe, tout cela bien avant Glatzel.

C'est en effet à la séance de janvier 1902 que j'ai présenté à la société de laryngologie de Paris et l'instrument et la méthode et la reproduction des empreintes laissées par la respiration nasale ou buccale ; depuis cette époque, des articles sur cette question ont paru dans les *Annales des maladies de l'oreille* (1902), dans les *Archives internationales de laryngologie* (1902), une lecture a été faite à l'Académie de médecine (1902), j'ai publié dans les *Archives internationales de laryngologie* (1903) un long mémoire sur l'étude physiologique et clinique de

l'obstruction nasale avec planches reproduisant les taches respiratoires, etc.

Sans être aveuglé par l'amour-propre d'auteur, je puis bien avouer que mon pneumodographe est préférable au miroir de Glatzel et ses dérivés parce qu'il sépare distinctement les buées produites par la respiration de chacune des narines et qu'il inscrit simultanément la respiration nasale et la respiration buccale, quand elle existe, ce que ne font pas les instruments précédents et ce qui pourtant est capital pour le clinicien; de plus, avec un papier coloré, on prend instantanément, après 5 ou 10 expirations suivant la température ambiante, la figure des diverses taches respiratoires, ce que ne font pas les prétendus instruments perfectionnés.

Quant aux tracés respiratoires obtenus en adoptant une canule nasale à l'appareil enregistreur de Marey, ils sont erronés par le seul fait qu'on introduit dans chaque narine une canule qui la dilate et qui fait disparaître l'obstacle à la respiration quand il siège dans cette région (déviation de la cloison, sycosis des narines, etc.).

En 1903, j'ai pris aussi, avec un appareil enregistreur, des tracés respiratoires et même des tracés des lettres de l'alphabet, mais j'ai évité cette cause d'erreur, en me servant d'embouts infundibuliformes.

La rhinométrie n'est donc pas une méthode nouvelle d'exploration, puisque je l'ai exposée en janvier 1902; en terminant, je ne puis que déplorer qu'un Français tienne si peu compte de ce qu'a fait un autre Français, car le silence volontaire sur un nom d'auteur qui a imaginé une méthode ayant fait ses preuves, est bien plus blessant qu'une critique scientifique.

Je me réserve du reste, de revenir sur la question, quand j'aurai lu la communication, *in extenso*, de M. Foy.

M. Georges Laurens

Stérilisation pré-opératoire des téguments en oto-rhino-laryngologie. — La teinture d'iode alcoolique

en badigeonnages cutanés, avant l'acte opératoire, peut présenter des inconvénients chez certains sujets, selon la fragilité de leur épiderme (douleur, brûlure, eschare, sclérose de la peau).

L'auteur, après l'avoir employée, utilise actuellement le chloroforme iodé au vingtième. L'opération terminée, on peut enlever l'iode avec un tampon imbibé de chloroforme. La solution est inaltérable; pour empêcher l'évaporation du chloroforme, on peut, ainsi que le recommande Chassevant, recouvrir le bouchon à l'émeri du flacon, d'un capuchon de caoutchouc.

On n'observe, en général, aucun accident consécutif à l'emploi de cette solution.

Polype naso-pharyngien. — L'auteur montre un volumineux polype naso-pharyngien bourrant le cavum et dont un prolongement remplissait une fosse nasale. Il faisait même hernie à l'orifice narinaire. Sans le moindre délabrement osseux et sans la moindre incision, il a pu être extrait par voie rétro-palatine.

Georges Laurens recommande deux seules méthodes opératoires pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens : 1° le procédé de Doyen, c'est-à-dire l'extraction par voie buccale, après rugination et sans la moindre incision; 2° la rhinotomie sous-labiale avec agrandissement excentrique de l'échancrure nasale, réservée aux volumineux polypes remplissant les cavités de la face. Il a toujours rejeté les résections du nez et toute incision des téguments.

La rhinotomie sous-labiale lui a toujours permis d'extraire les polypes, même les plus volumineux, sans signature extérieure de l'opération.

Papillomes du larynx, Thyrotomie, Fulguration. — Fillette de 5 ans, trachéotomisée il y a près de deux ans pour des accidents de suffocation déterminés par des papillomes du larynx. L'enfant est amenée pour être décanulée. Or, l'examen sous chloroforme, montre une cavité laryngienne remplie de papillomes végétants qui font hernie au-dessus de l'épiglotte.

Georges Laurens pratique une seconde trachéotomie, basse, sus-sternale, ouvre le larynx et la trachée, et après curetage complet des papillomes, pratique la fulguration. Suture du larynx. Résection partielle du cricoïde, en partie nécrosé par la laryngotomie intercrico-thyroïdienne faite deux ans auparavant.

Cinq mois après, absence de récidive des papillomes, constaté après un examen sous chloroforme, mais persistance de l'aphonie. Il semble donc que la fulguration ait agi efficacement, — peut-être momentanément, — sur la masse papillomateuse.

M. Caboche. — L'observation communiquée par le Dr Laurens est intéressante à plusieurs points de vue. Elle nous montre d'abord une nouvelle et très heureuse application de l'étincelle de haute fréquence ; elle nous montre aussi l'échec complet, dans ce cas, de la méthode thérapeutique qui consiste à placer une canule trachéale et d'attendre la résorption spontanée des papillomes. C'est que le traitement des papillomes laryngés est une question qui est loin d'être au point.

Si on laisse provisoirement de côté la laryngo-trachéotomie qui promet dans le cas particulier des succès analogues à ceux qu'elle donne dans la cure des rétrécissements du larynx, mais qui n'a pas fait ses preuves en cette matière, l'histoire des papillomes laryngés est celle des insuccès fréquents des méthodes chirurgicales.

Nous venons de voir l'insuccès de la trachéotomie. La laryngofissure, avec ou surtout sans canule à demeure, ne donne pas non plus une sécurité absolue. J'avoue pour ma part deux insuccès consécutifs ; aussi je me promis bien, à la prochaine occasion, d'essayer avant tout un traitement par les voies naturelles qui me permettrait peut-être de désobstruer mon malade, et avec un long repos vocal consécutif, d'obtenir la régression de la lésion.

L'occasion se présenta il y a six ans : Il s'agissait d'un enfant de six ans extrêmement docile. Il toléra très bien les badigeonnages de cocaïne et les manœuvres endolaryngées et, en une douzaine de séances le larynx était perméable, et la voix rétablie. Depuis six ans il n'y a pas eu de récidive.

M. Guisez

Nouveaux cas de diagnostic par la laryngoscopie directe d'affections ayant échappé au miroir. — Dans une communication faite à la réunion de la Société française du mois de mai, nous avons déjà relaté un certain nombre de faits où la *spatule-tube* a permis d'établir un diagnostic exact d'affection laryngée. Nous rapportions en particulier plusieurs cas de polype de la commissure antérieure qui, chez des sujets d'examen difficile, avaient pu être diagnostiqués et opérés par la vision directe.

Chez l'enfant où le larynx est toujours difficile à examiner, impossible même à cause de l'indocilité du sujet, cette méthode est la seule de mise compatible avec l'anesthésie générale. C'est ainsi que nous avons déjà publié plusieurs cas de *papillomes multiples* du larynx qui ont pu être reconnus seuls par ce procédé.

Dans l'un d'eux (enfant amené par notre collègue Berthémès de Charleville), l'opération de ces polypes a pu être faite par la voie naturelle.

Dans deux autres, il s'agissait de reconnaître la cause de la sténose glottique.

Dans l'un, le malade n'était âgé que de 8 mois, et, trachéotomisé trois mois auparavant, il avait pu être décanulé; mais il présentait de nouveau depuis quelques jours des signes de tirage et de gêne respiratoire très accentuée et c'est pour cette raison qu'il est amené au Dr Luc. Le miroir étant impossible à appliquer à cette âge, il s'agissait de savoir ce qui constituait la cause de la gêne respiratoire.

Nous avons eu recours à la spatule laryngée pour établir ce diagnostic. Celle-ci nous permet de voir dans la région sous-glottique la présence d'une masse qui obstrue la moitié antérieure du canal laryngé. Après cocaïnisation et avec un stylet, nous touchons cette masse : elle nous apparaît de consistance ferme et de surface lisse. Les cordes vocales sont d'apparence saine et d'aspect normal, et elles jouent tout à fait librement : l'obstacle est donc immédiatement sous-glottique. L'intervention de laryngotomie faite ultérieure-

ment par le Dr Luc et nous-même nous a montré qu'il s'agissait dans ce cas d'une excroissance cartilagineuse, épaississement du cartilage cricoïde qu'il a été très facile de réséquer.

Le deuxième de ces malades était un jeune garçon de 12 ans, trachéotomisé depuis l'âge de 5 ans, c'est-à-dire huit ans auparavant. L'examen au miroir de son larynx était impossible : l'épiglotte tombante et affaissée ne se relevait pas au moment de l'examen et il était impossible de voir autre chose que la région arytétoïdienne. La spatule-tube, au contraire, mettant directement le larynx sous la vue, nous permet de constater l'intégrité des cordes vocales dans les deux tiers postérieurs avec quelques cicatrices dans la partie antérieure. Puis, en plongeant un peu la spatule et en examinant la zone sous-glottique, il nous fut possible de constater une sorte de refoulement de portions latérales du larynx et de la région antérieure donnant à la zone sous-glottique un aspect infundibulaire. L'imperméabilité était de ce fait à peu près absolue, il s'agissait, à notre avis, d'une sténose à la fois cicatricielle et cartilagineuse.

L'opération de *laryngotomie* faite quelques jours après nous montra une hypertrophie du cartilage cricoïde comme principal obstacle de la respiration avec du tissu cicatriciel qui obstruait le reste de la cavité laryngée. L'enfant doit être définitivement décanulé dans quelques jours et son observation sera publiée *in extenso*.

Un autre cas comporte un diagnostic non moins intéressant : Un enfant de 8 mois nous est amené par un collègue de province avec du cornage et de la dyspnée avec tirage sussternal. Cet état dure depuis une quinzaine de jours et va en s'aggravant. Etant donnés la gêne respiratoire et le tirage on pense à un obstacle glottique ou trachéal; il est donc intéressant d'être fixé exactement sur ce point.

L'examen avec la petite spatule-tube nous montre l'intégrité absolue du larynx, de la région sous-laryngée et, dans l'intervalle des cordes vocales au moment de leur maximum de dilatation, nous pouvons apercevoir très aisément la bifurcation bronchique qui nous apparaît comme tout à fait libre. Nous remarquons en outre que, pendant toute la durée de

l'examen, la respiration est beaucoup plus ample et beaucoup moins fréquente. Il n'y a donc rien dans les voies respiratoires inférieures qui explique la dyspnée qui recommence aussitôt après notre examen. Dans ces conditions, et nous souvenant d'un petit malade nourrisson que présentait lui aussi du cornage et un certain degré de tirage et devait tous ces malaises à la présence de *végétations adénoïdes* nous proposâmes aux parents une exploration à la pince courbe, promettant de faire du même coup et le diagnostic et la thérapeutique. Nous fûmes assez heureux pour ramener d'assez volumineuses végétations. Les troubles respiratoires se sont aussitôt beaucoup amendés et le tirage a complètement disparu.

On sait combien est difficile le diagnostic des sténoses laryngées, et chez le tout jeune enfant celui des végétations adénoïdes. Le toucher n'est guère possible à cet âge et dans le cas particulier, étant donnée la dyspnée de l'enfant, il semblait tout à fait contre-indiqué. Le diagnostic a pu être établi par exclusion grâce à la trachéoscopie qui certes a peut-être évité dans ce cas particulier une trachéotomie qui paraissait imminente.

Chez l'adulte certaine conformation de l'épiglotte (tombante, en chapeau de gendarme, épiglotte infiltrée) et dans quelques cas l'épaisseur de la base de la langue rendent impossible l'examen du larynx avec le miroir. Il en est de même chez les malades trachéotomisés depuis longtemps où les portions sous-laryngées s'affaissent et ont perdu toute tonicité. Déjà à la Société française (réunion de mai 1909), nous avons attiré l'attention sur quelques formes de polypes de la région antérieure du larynx, et en particulier au voisinage de la commissure antérieure, qui sont très difficiles à voir avec le miroir et à opérer sous la laryngoscopie indirecte. Nous avons eu l'occasion d'opérer avec succès et avec grande facilité plusieurs cas de polypes qui avaient échappé à des interventions antérieures faites sous le miroir.

La spatule-tube relève l'épiglotte, la colle contre la base de la langue qu'elle repousse en avant, donnant un champ large à l'exploration de toute la cavité glottique et sous-glottique.

Tout dernièrement, nous avons eu à examiner un malade qui, envoyé par notre collègue le Dr Ulmann, venait nous consulter pour de la raucité de la voix et de la dyspnée croissante depuis quelques jours. Ce malade avait été soigné par plusieurs laryngologistes très compétents, et l'examen du larynx avait toujours été, nous disait-il, très impossible.

Lorsque nous l'examinâmes dans notre cabinet nous pûmes tout de suite nous rendre compte que l'examen au miroir était très gêné par la base de la langue épaissie et empêchant l'introduction du miroir. La langue était très longue et épaisse et en outre l'épiglotte ne se relevait pas du tout au moment de l'émission de la lettre *ê*. Pour toutes ces raisons, il était impossible de voir autre chose que la région aryténoïdienne et le tiers postérieur des cordes vocales qui nous paraissent épaissies mais très mobiles.

L'examen avec la spatule-tube après réclinaison de l'épiglotte et accollement de celle-ci contre la base de la langue nous fit voir les lésions suivantes :

Les cordes vocales nous apparaissent rouges, épaisses comme dans les processus de laryngite chronique; en plus, sur la partie antérieure de la corde vocale et insérée plutôt sur la face inférieure du bord libre de celle-ci, nous vîmes une double masse de la grosseur d'une lentille bilobée qui semblait s'insérer directement sur la corde sans pédicule. L'état général du malade étant satisfaisant, étant donné l'état de la corde vocale qui à part cette tumeur paraissait saine et mobile, nous fîmes le diagnostic de polype, de fibrome de la corde vocale. L'extirpation put en être faite aisément sous la *laryngoscopie directe* à l'aide de la pince morcelante droite. Mais l'examen histologique fait par le Dr Deglos démontra qu'il s'agissait d'un épithelioma à tendance peu envahissante. C'est donc la laryngoscopie directe qui a permis ici en somme un diagnostic précoce de cancer du larynx, de cancer qui semble limité à la corde. Elle permettra d'entreprendre pour ce malade une intervention limitée de résection de la corde, ou de résection partielle du larynx.

On voit donc que, dans un certain nombre de cas, la laryngoscopie directe rend les plus grands services pour l'examen

du larynx. Elle ne doit point supplanter le miroir, et loin de nous cette pensée, car elle exige de la part de celui qui la pratique un certain tour de main. Mais elle rend dans des cas bien déterminés où l'usage du miroir est difficile ou même impossible des services incontestables au point de vue diagnostic et thérapeutique.

Nous nous servons de la *spatule-tube à bec fendu* qui est commode au point de vue de l'introduction et de la manœuvre des instruments à son intérieur. Nous la pratiquons maintenant toujours dans la *position couchée*, tête pendante en dehors du plan du lit qui est celle qui permet en somme le maximum de déclivité du cou.

La dyspnée n'est point une contre-indication à l'usage de la spatule : nous avons toujours remarqué que pendant l'examen la respiration s'effectue beaucoup plus facilement grâce sans doute à l'écartement obtenu par la spatule des parties ligamenteuses (épiglotte, replis glosso et aryténo-épiglottiques) qui recouvrent le larynx, et à la cocaïnisation qui rétracte tous les tissus congestionnés. Seuls chez les malades à cou court l'usage de la spatule est difficile, impossible même ; mais cette conformation est en somme exceptionnelle.

M. Caboche confirme les avantages qu'on peut tirer de la laryngoscopie directe pour le diagnostic des affections laryngées.

Chez beaucoup d'enfants, elle est le seul moyen de faire un diagnostic exact de papillomes et d'en reconnaître l'étendue et la variété ; mais, dans ce cas spécial, l'emploi du chloroforme est nécessaire.

Chez l'adulte, elle constitue, dans l'immense majorité des cas, une manœuvre des plus simples. Elle donne une vue nette de la commissure antérieure là où la laryngoscopie indirecte avait échoué. Mais elle donne aussi une vue singulièrement précise de la région postérieure, de la région interaryténoïdienne. Celle-ci est vue directement, verticalement, sans pénombre, et non plus ou moins obliquement comme avec le miroir. On saisit ainsi, sans intermédiaire, les plus minuscules détails objectifs. Il nous est ainsi arrivé plusieurs fois de dépister la tuberculose laryngée grâce à la vision de minus-

cules rhagades cachées dans un épaississement pachydermique de la région, et que le miroir n'avait pas décelées.

Une petite difficulté de l'examen tient à la résistance opposée à l'instrument par la musculature de la langue dans le mouvement de relèvement de l'épiglotte. Cette difficulté disparaît avec le manche-coudé de Brünnigs, bien supérieur à ce point de vue aux autres modèles. On a, grâce à sa double coudure, une emprise solide de la base de la langue, un effort beaucoup moins énergique à exercer, et, comme conséquence, une sûreté plus grande de l'examen.

Avant d'entreprendre la cure chirurgicale des papillomes laryngés, il faut essayer la chance d'une intervention par les voies naturelles. C'est que, au point de vue thérapeutique, les papillomes laryngés peuvent se diviser en deux grands groupes : les papillomes diffus et plus ou moins sessiles; les papillomes pédiculés et plus ou moins limités. — Avec les premiers la méthode endolaryngée n'a pas grande chance de succès, avec les seconds elle peut être suffisante. Notre cas rentrait dans cette catégorie.

M. Castex. — J'ai vu un cas de simili-stertor laryngé qui faisait craindre l'existence de papillomes dans le larynx et qui a disparu immédiatement par l'ablation des adénoïdes. Le cas n'est pas trop fréquent, de sorte qu'il y a intérêt à signaler celui-ci.

M. Guisez

Deux cas de sinusite maxillaire à forme tout à fait anormale. — Dans ces derniers temps nous avons eu l'occasion d'opérer deux cas de sinusite dont l'un était tout particulièrement grave chez un tout jeune enfant et dont l'autre présentait un diagnostic difficile et était cloisonné lors de l'opération.

Observation I. — *Un cas d'ostéite nécrosante massive du maxillaire supérieur chez un enfant.* — Il s'agit d'un malade envoyé par notre collègue, le Dr Lance, qui nous remet la note suivante :

Nous fûmes appelé le 25 janvier dernier par notre collègue

le Dr Taguet auprès d'un petit garçon de 6 ans 1/2 qu'il soignait depuis la veille.

Il s'agit d'une famille où tout le monde a de mauvaises dents. Trois frères de la mère âgés de 20 à 30 ans ont perdu leurs dents par carie et portent des appareils de prothèse. Le malade est le troisième de quatre enfants qui ont tous de mauvaises dents. L'aîné, âgé de 10 ans, a des végétations adénoïdes, un nez qui suppure et une haleine fétide.

Il y a deux ans le petit malade dans la convalescence d'une scarlatine a eu une otite aiguë double. Il a plusieurs dents cariées et plombées. Il s'est plaint de souffrir des dents le 17 janvier et dans la journée s'est développée une fluxion considérable de la joue droite, qui a persisté les jours suivants, avec une douleur violente mais pas de fièvre.

Le Dr Taguet le voit le 24 janvier au matin : le côté droit de la face présente un œdème rosé énorme qui dévie les lèvres vers la droite ; cet œdème, plus foncé, violacé aux paupières, maintient l'œil complètement fermé. La partie externe seule des paupières est très tuméfiée et en les écartant on constate un chémosis considérable de la partie externe seule de la conjonctive oculaire.

Il y a peu de douleur spontanée mais une douleur intense à la pression, sur tout le maxillaire ; pas de fièvre mais un abattement notable ; l'haleine présente une horrible fétidité.

Le Dr Taguet constate que pendant la nuit, du pus s'est écoulé par le nez et par l'angle interne de l'œil. En ouvrant la bouche il découvre trois abcès placés l'un devant l'autre sur la moitié droite de la face inférieure de la voûte palatine : l'un en arrière près du voile du palais, l'autre à la partie moyenne, l'autre tout à fait en avant à cheval sur le rebord alvéolaire autour de l'incisive latérale. Le Dr Taguet incise les deux premiers, et ouvre le troisième en arrachant la dent qui avait une racine très longue terminée par un kyste suppuré.

Du pus sort en abondance et très fétide ; le stylet montre une dénudation de toute la face inférieure du maxillaire.

Le soir la température s'élève à 39°5 ; l'abattement est considérable.

Le 25 au matin, quand je vois le malade, le bas de la figure

est, paraît-il, fort dégonflé ; la lèvre a repris sa place normale mais la température est à 39°, le malade a eu un peu de délire dans la nuit. Le pus coule abondamment par les incisions. Sur la face externe du maxillaire on ne trouve pas de point très douloureux ni de suppuration.

Le gonflement reste seulement très marqué à la partie externe des paupières et a gagné vers la tempe droite au-dessus de l'arcade zygomatique. En ce point le Dr Lance trouve un endroit extrêmement douloureux à la pression et il nous semble qu'il y a un peu de fluctuation profonde. Pensant à la possibilité d'une fusée purulente vers la fosse temporale profonde, je décide d'aller à sa recherche : à la cocaïne, je pratique une incision le long de l'apophyse malaire du frontal, puis à la sonde cannelée je suis profondément l'os dans deux directions différentes jusqu'au niveau du point douloureux. Il ne s'écoule qu'un peu de sang, pas de pus. A 6 heures le même jour le malade est très prostré, la température axillaire est de 40°6, l'œdème de la paupière et le chémosis ont augmenté, il y a de l'œdème des paupières du côté gauche qui s'ouvre à peine. On trouve du gonflement du périoste de tout l'os à sa partie supérieure vers l'orbite et une douleur intense à la pression. On décide le transport immédiat à la Maison de santé du Dr Guisez. Et malgré l'âge du malade nous convenons de rechercher s'il n'y a pas de pus dans dans le sinus.

L'examen à la lampe montre l'obscurité complète du maxillaire supérieur droit. Le frontal est simplement un peu moins clair que de l'autre côté.

Séance tenante le malade est endormi avec du chlorure d'éthyle et quelques gouttes de chloroforme. On incise dans le sillon gingivo-jugal en laissant un petit lambeau inférieur, tout le périoste de la face externe du maxillaire est ruginé.

Le sinus est ouvert à la gouge et au maillet, il sort du pus abondant et très fétide, on fait sauter toute sa paroi externe.

Le sinus est presque aussi grand qu'un sinus d'adulte, le bout du pouce y tient. Il est rempli de débris sphacéliques, de bourgeons et de fongosités qui sont curettés. Une large ouverture est pratiquée dans la paroi des fosses nasales, lavage à l'eau oxygénée, attouchement au chlorure de zinc, fermeture de l'incision gingivo-jugale sauf un gros drain.

Délire dans la nuit.

Les lendemain et surlendemain la température reste à 39° le matin et 40°5 le soir. On pratique trois grands lavages par jour à l'eau oxygénée par le nez et par le drain.

Le 26, nous faisons sauter la première petite molaire qui ne tient plus, il sort du pus de l'alvéole. Il en est de même le 27 de la deuxième petite molaire. On constate que toute le portion du maxillaire qui correspond à l'ouverture du sinus est blanche, morte, nécrosée, sonnant sous le stylet.

Le 28 et le 29 janvier il y a une rémission de la température qui s'abaisse vers le matin à 38° et 39°5 le soir. Depuis le 27 on pratique trois fois par jour des frictions de collargol. Le 29, on fait sauter la dernière molaire, qui tient à peine, l'ablation amène une petite goutte de sang, l'os n'est pas complètement nécrosé en ce point.

A partir du 30 janvier l'état s'aggrave de nouveau, la température est en plateau à 40°5, le malade présente du subdélire.

Le 31 janvier nous constatons qu'il y a un peu de strabisme interne de l'œil droit qui semble un peu immobilisé et projeté en avant. Il y a une dilatation légère des veines de la face du côté droit : nous pensons à une *thrombose de la veine ophtalmique et du sinus caverneux.*

Le malade est légèrement anesthésié. On explore à nouveau le maxillaire, il est nécrosé en masse sauf le plancher de l'orbite qui est intact. On pratique une petite ouverture exploratrice du sinus frontal; il est intact et large, on le referme. Injection intra-veineuse de 8 centimètres cubes d'électrargol.

Les jours suivants, l'état continue à empirer. Le 2 février on note l'apparition d'une broncho-pneumonie. Le petit malade succombe le 5 février, 19 jours après l'apparition de la douleur, douze jours après le début de la fièvre.

Observation II. — *Sinusite maxillaire. — Sinus cloisonné. — Signes négatifs de l'éclairage.* — Jeune fille de 27 ans qui il y a six mois, a commencé à cracher des matières purulentes et pour la première fois à ce moment a ressenti de mauvaises odeurs dans le nez. La malade mouchait peu et en tout cas ne mouchait pas de pus : l'état général était assez mauvais, il

n'y avait pas de douleurs dans la zone maxillaire. La malade consulte à Lausanne où elle se trouvait de passage, le Dr Barraut lui fait trois ponctions dans le sinus maxillaire gauche dont deux ramènent du pus.

Nous la voyons à son retour de Lausanne quinze jours après sa dernière ponction Elle se plaint de *cacosmie* subjective, d'obstruction de la fosse nasale gauche et d'une fatigue générale depuis surtout trois semaines. Elle a maigri et a l'air fatiguée.

L'examen local montre dans les fosses nasales : un gros cornet inférieur qui masque le méat moyen. Après cocaïnisation, nous ne voyons pas de pus dans le méat moyen ni en arrière par la rhinoscopie postérieure. La région de la joue n'est pas douloureuse ; à l'éclairage par transparence, la joue gauche est claire, la pupille seule est un peu sombre, rien dans le sinus frontal. Nous faisons enlever la 2e molaire gauche qui paraît malade : une des racines est kystique. Nous entreprenons le traitement par les ponctions et nous sommes, pour pénétrer de la cavité sinusale, obligés d'aborder le sinus très en arrière ; la paroi interne du sinus nous paraît très épaisse, dans toute la partie antérieure du moins. Les ponctions donnent un résultat favorable ; toutefois nous remarquons qu'elles ne ramènent de pus véritable que si elles sont faites très en arrière. En avant elles donnent issue à un liquide transparent mais fétide. A plusieurs reprises durant le traitement par les ponctions nous faisons l'éclairage : la joue reste toujours transparente et à peine la pupille est-elle un peu plus sombre que du côté opposé. Puis, devant la persistance du pus dans le lavage et de la fétidité dans le nez nous nous décidons à faire, le 7 octobre, la cure radicale de Luc.

L'opération est faite sous cocaïne et novocaïne. La cavité sinusale qui est ouverte après la trépanation de la paroi antérieure nous apparaît pleine de pus et bourrée de fongosités. Après curettage et évacuation, nous remarquons une sorte de gonflement de sa paroi interne qui nous paraît anormalement convexe et faisant saillie dans la cavité du sinus. Nous la défonçons à la curette et trouvons une nouvelle loge indépendante de la première ; elle est à peine touchée par la sinusite. Elle occupe par rapport à la grande cavité sinu-

sale, la partie antéro-interne. Résection de la paroi interne; guérison normale en trois semaines.

L'observation I mérite d'attirer notre attention à de nombreux points de vue.

Il s'agit tout d'abord d'un cas de sinusite maxillaire chez un tout jeune enfant et les faits de cet ordre sont plutôt rares. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas que nous avons publié antérieurement de sinusite maxillaire chez un enfant de 4 ans. Il s'agissait d'un petit malade qui fut pris d'écoulement purulent de la fosse nasale droite. La joue était gonflée, tuméfiée; l'œil était presque fermé par l'œdème de la paupière inférieure. La paroi inférieure du sinus, la voûte palatine était abaissée et faisait saillie dans la cavité buccale. Nous avons guéri ce malade en ouvrant et drainant largement le sinus par la voie antérieure que nous avons suturé, contre ouverture dans le nez. La guérison se fit de façon tout à fait normale sans complications chez une enfant plus âgée, 11 ans, que nous avons observée ultérieurement et qui présentait également une sinusite maxillaire; il y avait aussi du gonflement de la joue, de l'œdème de la paupière et de la voussure avec effondrement de la voûte palatine du côté correspondant. Il semble donc que les parois osseuses soient plus atteintes dans la sinusite chez les jeunes sujets que chez l'adulte; il y a toujours coexistence dans ces cas de lésions ortéomyélitiques plus ou moins accusées.

Les sinus, on le sait, sont très peu développés chez les enfants avant l'âge de 10 à 12 ans, d'où la rareté des sinusites dans le jeune âge. Chez notre petit malade la cavité était très grande, puisqu'elle aurait pu admettre le pouce en entier : la saillie des pommettes très accentuée chez lui pouvait sans doute laisser prévoir cette anomalie.

Chez le petit malade qui fait l'objet de l'observation que nous venons de vous rapporter l'*ostéomyélite* a pris dès le début une forme diffuse et maligne. Bien que la sinusite ait été opérée 48 heures après le début des accidents, il existait une nécrose très étendue de la paroi sinusale. L'os enlevé était carié, nécrosé et présentait une fétidité gangréneuse très accusée et tous les caractères d'un sequestre en voie d'élimination.

L'affection a commencé par une nécrose du maxillaire au niveau des dents et la sinusite constatée ultérieurement semble avoir été tout à fait secondaire.

En tout cas le processus infectieux et le microbe pathogène semblent avoir été tout à fait virulents, puisque malgré des interventions successives faites rapidement et d'urgence, la septicémie a continué à se développer et a amené finalement une thrombose de la veine ophtalmique et du sinus caverneux. Une question que l'on est en droit de se poser devant pareille observation est celle de savoir si l'on aurait pu sauver le malade par une intervention plus radicale. Nous ne croyons pas qu'un sujet aussi jeune aurait, dans l'état de dépression où il nous a été amené, supporté le shock d'un délabrement plus étendu.

Mais nous estimons que, chez l'adulte, en particulier, lorsque l'ostéomyélite est dûment constatée, il ne s'agit plus de faire une opération parcimonieuse et esthétique.

Il ne s'agit plus à notre avis de sinusite à proprement parler, mais d'une affection de l'os lui-même, d'*ostéomyélite* du corps de l'os, qui doit être traitée comme telle et comporte d'emblée les résections larges et étendues qu'exige l'ostéomyélite. Peut-être au prix de pareils délabrements pourra-t-on compter quelques cas de guérison de ces cas à forme particulièrement grave et envahissante.

2° Dans l'*observation II*, il s'agit d'une forme tout à fait fruste de sinusite maxillaire. Il est à remarquer tout d'abord *que jamais la malade n'a mouché de pus* et elle ne signale que quelques crachotements de mucosités purulentes; l'examen de la fosse nasale ne nous permet pas de constater de pus dans le méat moyen, il n'y a pas là la raie de pus caractéristique et la rhinoscopie postérieure faite à plusieurs reprises ne permet pas de la déceler. L'éclairage est négatif et le sinus gauche est aussi transparent que le droit, la pupille s'éclaire à peine moins du côté gauche que du côté droit. Seule, depuis trois mois la malade « ressent de temps à autre une mauvaise odeur dans le nez » et cette *cacosmie subjective* à gauche est pour ainsi dire le seul moyen de probabilité qui nous fit soupçonner la sinusite. Qu'il nous soit permis d'insister un peu sur ce signe qui à notre avis

n'est point mis au rang qu'il mérite dans la symptomatologie des sinusites.

Dans un but de diagnostic autant que de thérapeutique, plusieurs ponctions diamétiques ont été faites; certaines d'entre elles ramenaient du pus, d'autres au contraire étaient blanches, il nous a paru que pour arriver au pus, il fallait faire la ponction très en arrière et la paroi interne du sinus maxillaire était particulièrement épaisse en avant. Malgré toute une série de lavages, la cacosmie subsiste et, devant la persistance de la suppuration, la cure radicale de Luc est décidée.

La trépanation faite sous anesthésie locale et novocaïne de la paroi antérieure nous laisse voir une cavité pleine de pus et de fongosités. Puis après curettage nous remarquons que la paroi interne est convexe et fait une saillie anormale dans la cavité du sinus. Un coup de curette sur cette paroi nous fait pénétrer dans une sorte de cavité qui nous apparaît développée de la portion antéro-externe du sinus contrairement à la grande cavité sinusale. Cette cavité est d'apparence saine.

Il s'agit donc d'*un sinus cloisonné* dont la loge postéro-externe la plus grande est seule atteinte de façon visible par la suppuration. On s'explique que les ponctions pénétrant dans cette cavité antéro-interne aient été blanches et qu'il était nécessaire de les faire très en arrière pour ramener du pus.

M. G. Mahu. — Pour ma part je n'ai eu l'occasion d'opérer de sinusite maxillaire chronique vraie qu'une seule fois chez une enfant de 12 ans et je crois que les observations de ce genre ne sont pas nombreuses, cette affection étant extrêmement rare chez les enfants. Chez les nourrissons, on ne peut jamais la constater puisque la cavité d'Higmore n'est pas encore formée. Quant aux malformations du sinus maxillaire, il m'a été donné d'en rencontrer une assez rare, il y a quelques années : c'était chez une femme qui se plaignait de tous les symptômes de sinusite maxillaire gauche que l'on avait essayé de laver sans y réussir jamais — et pour cause — et chez laquelle on constata, en opérant, que ce sinus n'existait pas : à la place de la cavité, il n'y avait qu'une masse obscure de la grosseur d'une noisette absolument compacte.

M. Barthas

Lupus de la joue et lésions de la pituitaire. — Au cours des années 1908 et 1909, à la Consultation dermatologique du Dr Jacquet, à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons eu l'occasion de pratiquer l'examen rhinoscopique dans dix-huit cas de lupus de la joue ou de la région nasogénienne.

La co-existence du lupus cutané de la face et de la muqueuse pituitaire est depuis longtemps connue et admise. Il y a seulement divergence au sujet de la lésion primitive que les uns attribuent à la peau, les autres à la muqueuse.

Parmi les partisans de l'origine pituitaire du lupus de la face, Audry, Escat, Caboche ont apporté de nombreuses démonstrations cliniques. Plus récemment, Dresch, sous l'inspiration d'Audry et d'Escat, a résumé, dans une excellente monographie, un grand nombre d'observations dont il dégage cette conclusion principale : « Le lupus de la face est toujours secondaire au lupus de la pituitaire. » C'est la loi d'Audry.

Personnellement convaincu de l'origine endo-nasale du lupus de la face, nous ne pensons pas qu'il dérive nécessairement d'un lupus de la muqueuse. Il est vrai qu'à une joue lupique correspond le plus souvent, sinon toujours, une lésion de la pituitaire ; seulement cette lésion peut être banale et sans spécificité tuberculeuse.

Dans nos dix-huit observations, huit fois nous avons trouvé le lupus de la pituitaire accompagnant le lupus cutané.

Ces huit observations sont donc en dehors de notre démonstration et ne nous occuperont pas.

Il reste par conséquent dix cas de lupus de la joue sans lupus de la pituitaire. Une telle proportion (10 sur 18) ne doit pas être considérée, assurément, comme une moyenne ; le chiffre d'observations est trop restreint pour la légitimer. Il est, cependant, largement suffisant pour faire de la loi d'Audry une règle à nombreuses exceptions.

Observations

Observation I. — *Lupus de la joue gauche.* — Mme A..., 63 ans. Vient à la consultation dermatologique de Saint-Antoine le 7 mai 1908. En 1891, une petite rougeur est apparue sur la joue gauche. L'évolution s'est faite avec des temps d'arrêt.

Actuellement il existe deux plaques lupiques dont la dernière remonte à deux mois seulement. En 1891, à l'époque d'apparition de la première plaque, la malade était atteinte de coryza chronique. L'enchiffrènement et l'hypersécrétion nasale étaient continus. Il y a huit ans, en 1900, ces symptômes disparurent spontanément.

Examen rhinoscopique. — A droite, la pituitaire est rouge, infectée. Il existe une crête de la cloison ; à gauche, le cornet inférieur est atrophié. La cloison présente aussi une crête, mais la pituitaire est partout lisse sans ulcérations, ni aspérités. La muqueuse pharyngienne est rouge, épaissie.

Observation II. — *Lupus de la région naso-génienne droite.* — Mme R..., 32 ans. Le début de la lésion remonte à six ans. Elle forme actuellement une plaque rougeâtre, ovalaire, de la grandeur d'une pièce de un franc environ, formée par des nodosités superficielles, non ulcérées.

Examen rhinoscopique. — Atrophie bilatérale des cornets. Pas de croûtes dans les fosses nasales. La malade n'en a jamais mouché. Rien au pharynx.

Observation III. — *Lupus du lobule et de l'aile droite du nez.* — Mme R..., 26 ans. La lésion cutanée a débuté, il y a cinq ans, par de petites élevures blanchâtres. Un traitement par les pointes de feu a amené une guérison assez rapide bientôt suivie d'une rechute. A l'âge de 15 ans, la malade a été atteinte de dacryocystite et traitée par des cathétérismes. Obstruction nasale qui dure encore.

Examen rhinoscopique. — Hypertrophie dure des cornets inférieurs et moyens. La cocaïne produit une rétraction à peine sensible.

Observation IV. — *Lupus de la joue droite.* — Il y a treize ans, début du lupus à la joue *gauche*. Traitement au galvanocautère. Guérison. — Trois ans après, le lupus apparaît à la

joue *droite*. Traitement au galvano-cautère; étincelles de haute fréquence. Amélioration. La malade a toujours présenté du catarrhe nasal. La respiration nasale est difficile.

Examen rhinoscopique. — Hypertrophie notable des cornets inférieurs et déviation de la cloison à droite.

Observation V. — *Lupus de la joue gauche.* — Mlle R..., 30 ans. Début au centre de la joue, il y a quatre ou cinq ans.

Actuellement la lésion présente les dimensions d'une lentille de coloration et de consistance caractéristiques sans trace d'ulcération. La malade a de l'obstruction nasale depuis longtemps.

Examen rhinoscopique. — La muqueuse est recouverte d'une sécrétion muco-purulente. La pituitaire est tuméfiée au niveau des cornets inférieurs, mais ne présente pas d'ulcérations. Le cavum est tapissé de mucosités. La muqueuse du pharynx présente des granulations.

Observation VI. — *Lupus de la joue droite.* — M. S..., 14 ans. Début à l'âge de 11 ans par un petit bouton qui s'est ulcéré.

Actuellement la plaque lupique est de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes; toute la surface est ulcérée.

Il y a cinq ans, le malade a été opéré de végétations adénoïdes. La respiration nasale a toujours été imparfaite. Hypersécrétion nasale.

Examen rhinoscopique. — Lésions d'impetigo à l'entrée des narines.

Les cornets inférieurs sont volumineux, rouges, injectés.

La muqueuse de la cloison est congestionnée sans ulcérations.

Observation VII. — *Lupus de la région naso-génienne droite.* — Mme C..., 49 ans. La lésion a commencé il y a dix ans.

Actuellement : zone rougeâtre, cicatricielle, à nodules grisâtres. Mme C .. ne signale aucun signe subjectif de lésions nasales. Cependant elle a été, dans sa jeunesse, sujette à l'impetigo vestibulaire.

Examen rhinoscopique.— A gauche rien d'anormal. A *droite :* atrophie prononcée du cornet inférieur. La malade n'a jamais mouché de croûtes.

Observation VIII. — *Lupus de la pommette droite.* — Mme L..., 37 ans. Le placard lupique, de la dimension d'une pièce de

vingt centimes, sans ulcération, est apparu il y a deux ans. Mme L... était, autrefois, fréquemment atteinte de coryzas. Actuellement elle ne mouche pas.

Examen rhinoscopique. — Atrophie marquée des cornets inférieurs. Pas de croûtes.

Observation IX. — *Lupus de l'aile gauche du nez.* — Mme R..., 26 ans. — Il y a deux ans est apparu un petit bouton qui a grossi malgré des scarifications et un traitement radiothérapique. Il y a six mois une plaque lupique a débuté derrière l'oreille gauche, une autre au sommet de la tête. La malade est, depuis l'enfance, sujette à de fréquents coryzas avec obstruction nasale.

Examen rhinoscopique. — Grosse hypertrophie des cornets inférieurs. Muqueuse rouge.

Observation X. — *Lupus de la joue droite.* — Mlle G..., 18 ans. Le lupus a débuté il y a trois ans. Il est actuellement de la grandeur d'une pièce de cinq francs. L'obstruction nasale s'est depuis quelque temps cantonnée à droite. Epistaxis aux époques menstruelles. A ces épistaxis correspond toujours une amélioration de l'aspect de la plaque lupique.

Examen rhinoscopique. — Les cornets inférieurs sont rouges, hypertrophiés. Ces caractères sont plus marqués à droite. Le cavum est tapissé de mucosités épaisses.

Voilà donc dix observations où nous n'avons pas trouvé de lésions lupiques endo-nasales. Nous savons bien que ces lésions, parfois très discrètes, sont souvent difficiles à découvrir. Malgré le plus grand soin apporté à l'examen rhinoscopique, nous n'avons jamais trouvé, dans les endroits accessibles de la pituitaire, ni végétations, ni ulcérations, ni traces cicatricielles.

En revanche l'examen ne fut jamais négatif et découvrit cinq fois de la rhinite hypertrophique ; quatre fois de la rhinite atrophique ; une fois du coryza chronique. Disons, de suite, que pour un groupe de ces lésions, le processus tuberculeux a pu être invoqué.

Dans sa thèse, Dresch n'hésite pas à faire de la rhinite atrophique une affection bacillaire. Il s'appuie sur l'autorité de Moure qui a décrit sous le nom de coryza atrophique prétuberculeux une forme particulière à sécrétion épaisse ou

encore à croûtes pâles et non odorantes. Caboche, de son côté, considère la rhinite atrophique comme une forme larvée de la tuberculose. Bien que la question ne soit pas encore résolue et tout en admettant, avec ces auteurs, que la rhinite atrophique puisse rentrer dans le cadre des manifestations de la tuberculose, il n'en reste pas moins six cas de lupus de la joue où l'examen n'a pas montré autre chose que du catarrhe hypertrophique ou du coryza chronique.

Allons-nous donc supposer pour ces cas un isolement, une indépendance du lupus cutané? Certainement non! Dans l'espèce, le rôle de la muqueuse reste capital.

N'est-il pas légitime d'admettre que la pituitaire a laissé passer, sans en être incommodée, le bacille de Koch et d'autant plus facilement qu'elle était déjà lésée par le coryza chronique ou le catarrhe hypertrophique.

Avec Caboche nous pensons qu'il n'est peut-être pas nécessaire que le bacille de Koch produise une lésion au point d'inoculation pour aller coloniser au niveau des relais lymphatiques de la face... On sait que le bacille de Koch pénètre à travers la paroi intestinale pour aller infecter les lymphatiques du mésentère; on sait que le même bacille pénètre de la même façon au travers des amygdales pour aller infecter les ganglions tributaires et ultérieurement le poumon.

Nous conclurons en disant que chez les sujets atteints de lupus de la joue et de la région naso-génienne, l'examen rhinoscopique décélera, dans l'immense majorité des cas, la présence de lésions de la pituitaire.

Ces lésions, pour être fréquemment lupiques, pourront être, dans un grand nombre de cas, de nature non spécifique.

La rhinite atrophique et le catarrhe hypertrophique seront souvent rencontrés.

Il nous semble donc que la loi d'Audry: « Le lupus de la face est toujours secondaire au lupus de la pituitaire », est moins l'expression de la réalité que la formule plus compréhensive: « Le lupus de la face est toujours secondaire à des lésions de la pituitaire. »

Séance clinique du 10 décembre 1909
tenue dans le service de M. Lermoyez, à Saint-Antoine

Présidence de M. Mahu

Présents : MM. Guisez, Gellé, Munch, Courtade, Mahu, Wurtz, Cousteau, Egger, Collinet, Veillard, Mounier, Rouvillois, Lermoyez, Luc, Cornet, Robert Foy, Paul Laurens, Bourgeois, Bosviel, Le Marc'Hadour, Pasquier, Weill, Fournié, Boulay, Castex, Hautant, Sieur.

Excusés : MM. Georges Laurens, Lubet-Barbon.

Candidature : M. Hélot, de Rouen, présenté par MM. Martin et Lubet-Barbon.

Après lecture du rapport de M. Georges Laurens sur la candidature de M. de Parrel et du rapport de M. Wurtz sur les candidatures de MM. Delacour et Richou, ces trois candidats sont nommés membres actifs.

Présentations :

M. Lermoyez

Ostéite aiguë du frontal d'origine rhinogène simulant une sinusite frontale. — Alexandre M..., âgé de 18 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 28 décembre 1908 se plaignant de violentes douleurs de tête, ayant leur maximum à droite.

Ce malade, qui depuis huit ans était sujet à des rhumes de cerveau répétés et persistants, commença trois mois auparavant à moucher du pus de la narine droite, lequel avait une odeur fétide. Vers le 10 décembre, l'écoulement de pus par le nez augmenta considérablement et des maux de tête apparurent, qui empêchèrent tout sommeil par leur intensité.

Vers le 20 décembre, les maux de tête gagnèrent le côté gauche du front en même temps que se produisait un écoulement nasal purulent à gauche.

A l'entrée du malade, on constate un écoulement de pus verdâtre par les deux narines, salissant quatre ou cinq mouchoirs par jour. Les douleurs de tête sont intenses. Les pressions préfrontale et sous-frontale déterminent une vive douleur provoquée surtout à droite. Les mouvements des paupières supérieures sont douloureux et le malade remarque qu'il s'est produit un léger gonflement au niveau de ses sourcils.

A l'examen du nez on constate que la muqueuse est rouge et tuméfiée. Du pus occupe les deux méats moyens et y reparaît assez abondant après essuyage. Les têtes de cornets moyens ne présentent aucune dégénération polypoïde. A la rhinoscopie postérieure on voit une nappe de pus dans tout le pharynx nasal.

L'examen des sinus par transparence donne les résultats suivants :

Le sinus maxillaire droit est complètement obscur. Il n'y a point de croissant sous-orbitaire lumineux, et la pupille ne s'éclaire pas.

A gauche le sinus maxillaire s'éclaire normalement.

L'éclairage à gauche comme à droite des deux sinus frontaux donne une complète obscurité. Ils ne doivent pas être très grands car les arcades sourcillières sont peu développées.

Il n'y a point de lésion dentaire, si ce n'est que la deuxième prémolaire supérieure droite présente un point de carie très superficiel. Elle est néanmoins vivante.

L'état général est bon.

Notre diagnostic est ainsi formulé : sinusite maxillaire droite et sinusite frontale bilatérale.

Applications chaudes sur le front, inhalations mentholées pour calmer les phénomènes aigus. La réaction frontale locale est assez vive pour rendre douloureux les mouvements des globes oculaires.

Le 11 janvier, les phénomènes aigus sont calmés, la température qui les jours précédents s'était quelque peu élevée au-dessus de trente-huit est retombée à la normale. L'éclairage

par transparence des sinus donne les mêmes résultats que précédemment. Ce jour-là sous cocaïne avec la fraise d'Escat on pratique un large orifice dans la paroi nasale du sinus maxillaire droit après avoir réséqué la tête du cornet inférieur. Un stylet introduit par cet orifice sent les parois du sinus molles et fongueuses.

Le 16 janvier, je procède à la trépanation des sinus frontaux. A gauche la trépanation est faite à la partie interne de la région sinusale, presque au niveau de la racine du nez. Le périoste est intact. La paroi antérieure de l'os frontal a sa coloration normale. La gouge traverse un os finement diploétique sans rencontrer la cavité du sinus. Après avoir creusé à un centimètre et demi de profondeur, elle arrive à rencontrer le canal fronto-nasal gauche où ne se trouve ni pus ni polype.

Un cathétérisme rétrograde fait par la narine permet de reconnaître un sinus frontal sus-orbitaire extrêmement petit.

Je procède ensuite à la recherche du sinus frontal droit en suivant la même technique. Le périoste frontal est très injecté. La paroi antérieure de l'os frontal présente une altération macroscopique très nette par contraste avec le côté opposé qui paraissait normal. Cette paroi est d'un violet sombre parsemée d'une piqueté rougeâtre correspondant à des orifices vasculaires très dilatés. Cette modification de couleur s'étend sur toute une surface correspondant à toute l'étendue supposée du sinus frontal. La gouge qui attaque l'os ne rencontre pas non plus de cavités frontales, mais elle traverse un tissu osseux très congestionné et un peu friable et, après avoir cheminé pendant plus de deux centimètres dans un diploé très fin, elle découvre un canal naso-frontal borgne. Il n'y a pas de fongosités. En arrière on met à nu la dure-mère dans un but d'exploration. Elle ne présente aucune lésion. Suture et réunion par première intention.

Le lendemain les douleurs frontales droites ont presque disparu et dès ce moment les douleurs spontanées de la tête que ne parvenaient pas à calmer les pansements chauds et les analgésiques ne se sont pas reproduites.

Le 23 janvier, c'est-à-dire une semaine après l'opération, les plaies frontales étaient cicatrisées, l'œdème frontal avait dis-

paru, il n'y eut de ce côté aucune rechute bien que la suppuration du sinus maxillaire persistât deux mois encore. La guérison s'est maintenue complète depuis ce jour.

Je ne retiendrai de cette observation que la partie qui a trait aux accidents frontaux et qui d'ailleurs présente seule quelque intérêt. De l'ensemble des signes classiques, il semblait résulter que le malade présentait outre sa sinusite maxillaire droite incontestable, une sinusite frontale droite nette et une sinusite frontale gauche probable.

Une radiographie que je vous présente et qui avait été faite avant l'opération ne nous avait donné que des renseignements très imparfaits. Nous avions cru y voir la présence de deux sinus frontaux, très petits il est vrai, mais assez nets. A ce niveau, l'ombre radiographique était trop peu foncée pour laisser supposer des sinus intacts mais aussi trop foncée pour nous faire supposer l'absence des sinus frontaux. L'opération seule fit constater que les sinus frontaux manquaient et que ce que nous avions cru être à droite une sinusite frontale n'était en somme qu'une *ostéo-périostite aiguë du frontal limité à la région sus-orbitaire*. Cette ostéite par elle-même était banale. Le tissu osseux présentait une disparition ou tout au moins une incolorabilité des ostéoblastes : les logettes que ces cellules doivent occuper étaient absolument vides. En revanche la substance fondamentale ou intercellulaire ne présentait rien de particulier. Dans certains canaux de Havers, il existait des vaisseaux dilatés dont la paroi était très sclérosée. Le périoste était épaissi et œdémateux. La moelle osseuse était proliférée. Les aréoles graisseuses étaient peu importantes par rapport au tissu myéloïde. Celui-ci était surtout formé de myélocytes neutrophiles et de quelques polynucléaires. Cellules éosinophiles relativement nombreuses. En résumé lésions dégénératives du côté de l'os lui-même, lésions prolifératives du côté de la moelle osseuse.

Ce qui, au point de vue rhinologique, paraît intéressant à considérer dans cette observation, c'est que, chez un sujet privé de sinus frontaux, une rhinite aiguë violente envahissant le canal nasal peut, en même temps qu'elle détermine une sinusite maxillaire violente, provoquer dans la zone osseuse qui entoure le cul-de-sac supérieur du canal naso-

frontal une ostéomyélite aiguë localisée, laquelle, cliniquement, a tout à fait les allures d'une sinusite frontale aiguë.

Le diagnostic différentiel entre l'ostéite aiguë frontale et la sinusite frontale est extrêmement difficile : mais il ne semble pas qu'il y ait inconvénient pour le malade à ce qu'il ne soit pas fait, attendu que, dans le cas actuel tout au moins, le traitement qui se proposait de trépaner un sinus frontal a eu pour résultat de faire cesser immédiatement les douleurs : ainsi que cela a lieu du reste toutes les fois que l'on trépane un os atteint d'ostéopériostite aiguë.

Il faut donc se garder d'attribuer, comme on le fait souvent, au terme d'ostéomyélite aiguë frontale l'idée d'une affection éminemment grave et rapidement envahissante, puisqu'il peut y avoir des ostéomyélites aiguës localisées qui ne paraissent pas avoir plus de gravité que des sinusites frontales aiguës banales.

M. Lermoyez

Encéphalite séreuse aiguë compliquant une mastoïdite. Guérison. — Jean E..., 21 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 21 janvier 1909 pour des douleurs d'oreille droite. Quatre semaines auparavant, à la suite d'un refroidissement, ont apparu de l'otalgie droite avec surdité et bourdonnements. Depuis huit jours les douleurs ont considérablement augmenté et se sont localisées à la région mastoïdienne. Il n'y a ni céphalée, ni vomissements, ni vertiges. La température dépasse 39° sans qu'il y ait de frissons. On constate au moment de l'entrée un conduit sec, un tympan très rouge et fortement bombé et une tuméfaction douloureuse au niveau du bord postérieur de la mastoïde. Une paracentèse faite séance tenante donne lieu à un écoulement purulent assez abondant. La température ne baisse pas cependant. Elle atteint 39°2 le 22 janvier au soir. Gonflement notable de la mastoïde se propageant à la pointe en bas et en arrière. Mouvements de la tête et du cou très souples. Léger nystagmus spontané horizontal à droite et à gauche. Aux épreuves de rotation les réactions labyrinthiques sont identiques des

deux côtés. L'état général est d'ailleurs bon, les urines sont normales.

Je pratique l'ouverture de l'apophyse mastoïde; celle-ci est pleine de pus et présente au niveau de sa pointe deux grandes cellules superposées, dont la plus profonde se prolonge très loin dans la région cervicale. Pas de lésion dans la traînée inter-sinuso-faciale, peu de lésions au niveau de l'antre.

Le sinus latéral mis à découvert est sain.

Le lendemain, les douleurs de tête et la fièvre avaient disparu. L'état général fut excellent les jours suivants, lorsque le 6 février la température remonta pour atteindre 38°8. Le malade a quelques légers frissonnements. Il recommence à souffrir de la tête. Il est absorbé, reste couché. L'examen de la plaie et du cou ne nous donne aucune explication de cette rechute.

Le 15 février au matin la température atteint 39°. Sensation de froid sans frissons véritables. Elancements sourds dans la région pariéto-frontale droite sans point névralgique, s'exagérant pendant les mouvements, se calmant seulement par le repos. Pas de vertige. Pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, réflexes rotuliens très atténués des deux côtés, force musculaire intacte, amaigrissement assez notable. Pas de vomissements. Il n'existe en aucun point du corps quoi que ce soit qui donne l'explication de cet état.

L'examen du pus de la plaie montre du pneumocoque en abondance (culture sur gélose) et quelques rares streptocoques. L'examen du sang donne 4.400.000 globules rouges contre 7.000 globules blancs. Ceux-ci se divisent ainsi : polynucléaires 64; mononucléaires 25 ; lymphocytes 2 ; grands mononucléaires 9. C'est en somme une formule hématique sensiblement normale sauf l'augmentation des grands mononucléaires. Une ponction lombaire donne un liquide clair qui sort avec une légère hypertension. Ce liquide ne contient aucun élément et ne cultive pas.

Tous ces renseignements cliniques et microscopiques permettent d'éliminer la méningite et la septicémie otogène et ne fournissent aucun renseignement positif sur le diagnostic.

Le 16 février, la température est retombée à la normale et cela d'une façon définitive. La céphalée devient plus intense,

lourde, oblige le malade à l'immobilité. Lorsqu'il remue il est immédiatement pris de vomissements qui se font sans la moindre nausée (vomissements en fusée). Pas de troubles oculaires, pas de troubles de cérébration, fond d'œil normal sauf un état variqueux des veines de la papille qui est une disposition purement physiologique. Le labyrinthe droit réagit normalement. Pas de délire, pas de troubles de la cérébration.

Le 18 février l'état s'aggrave, le malade est absolument immobile dans son lit avec une céphalée extrêmement intense. Au moindre mouvement il a des vomissements en fusée. La température est tombée à 36°3 rectale. Le pouls se maintient depuis deux jours à 44 pulsations. L'amaigrissement est considérable, le malade a perdu cinq à six kilos en quelques jours. En présence des signes suivants : céphalée profonde, vomissements en fusée, ralentissement extrême du pouls, température inférieure à la normale, amaigrissement rapide et état de cérébration relativement lente, le diagnostic d'un abcès du lobe temporal se présente à l'esprit : d'autant plus que l'épreuve de l'atropine qui est nettement positive, et fait passer en une demi-heure le pouls de 44 à 90, montre que le pouls lent n'est point dû à un Herz-Block et que il n'y a point de dissociation du rythme auriculo-ventriculaire d'origine myocardique. C'est bien un pouls lent cérébral. Cependant on diffère de quelques jours l'ouverture du cerveau, lorsque, vers le 24 février, une amélioration inattendue se produit, les douleurs de tête cessent. Vers le 2 mars le pouls remonte à 60 pulsations. Le 10 mars l'état général redevient bon, le malade se remet à engraisser et le 22 mars il quitte l'hôpital complètement guéri avec sa plaie cicatrisée. Il est à remarquer qu'il conserve au repos un pouls assez lent, environ 60 pulsations. La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Il est fort difficile de mettre une étiquette classique sur la complication encéphalique qu'a provoquée la mastoïdite de ce malade. Il ne peut être question ni de méningite, ni de pyohémie. Il ne pouvait y avoir non plus aucune collection purulente intra-crânienne puisque la guérison s'est faite sans aucune évacuation apparente de pus. Il est certain que

si le malade avait succombé vers le 20 février, et que l'autopsie n'en ait pas pu être faite, on aurait posé le diagnostic rétrospectif d'abcès du cerveau. Or, il nous paraît vraisemblable que ce diagnostic aurait été en partie justifié. Il devait surgir ici d'une *zone d'encéphalite séreuse* analogue aux formes déjà signalées par Brieger et Merkens limitée à un territoire cérébral voisin de l'oreille malade et dont l'explication qui en a déjà été donnée par ces auteurs, c'est-à-dire l'existence d'un œdème collatéral toxi-infectieux pneumococcique, est assez acceptable en l'espèce. La marche de la maladie permet seule le diagnostic entre ces encéphalites séreuses et les encéphalites suppurées, les premières étant à tout prendre des phlegmons qui avortent avant leur phase d'abcédation.

De tels cas sont rares et assez intéressants. Il faudrait cependant se garder d'en exagérer la fréquence car on serait alors conduit à une abstention ou un retard thérapeutique funestes au malade au cas où il s'agirait d'un abcès cérébral vrai.

Le doute en ces matières doit inviter le chirurgien à toujours explorer le cerveau, d'autant plus que des ponctions cérébrales faites correctement et avec un instrument mousse ne sont presque jamais suivies d'accidents même dans des cerveaux à tort supposés malades.

M. Guisez

Laryngostomie pour sténose crico-trachéale chez un enfant de 12 ans. Dilatation caoutchoutée. Guérison. — Il s'agissait d'un enfant âgé de 13 ans et porteur depuis huit ans d'une canule à trachéotomie. Il avait été tubé à plusieurs reprises et enfin trachéotomisé le 8 avril 1901, à l'âge de 3 ans 1/2, par notre collègue le Dr Ulmann, le débutage étant impossible. Premier essai de dilatation avec des laminaires, trois mois après cette opération, mais sans succès. En novembre 1901, le Dr Boulay fait l'opération de la laryngotomie qui permit de décanuler l'enfant pendant six semaines. Mais le tissu cicatriciel se reformant malgré des dilatations continuées pendant deux ans, il redevint nécessaire de remettre la canule. Les parents laissèrent

les choses en l'état jusqu'en novembre 1908, époque à laquelle le Dr Ulmann nous amène le malade en consultation. Une *laryngoscopie directe* nous permet de constater 1° l'intégrité des cordes vocales, 2° l'existence de tissu cicatriciel qui bridait tout le tiers antérieur de la région sous-glottique.

Dans ces conditions, nous conseillons aux parents du malade l'opération de la laryngostomie suivie de dilatation caoutchoutée.

L'*opération* est faite sous chloroforme, le 17 novembre 1908, avec l'assistance des Drs Ulmann et Luc.

L'enfant est placé en position couchée, tête basse, les épaules soulevées par un billot. Dans un premier temps nous incisons la peau, depuis l'os hyoïde jusqu'à la plaie trachéale, puis nous disséquons toute la face antérieure du larynx. La mise à nu du larynx est assez facile car il n'y a que très peu de tissu cicatriciel ; il nous est facile de dénuder le cartilage thyroïde et le cartilage cricoïde. Nous ouvrons, en partant de la plaie trachéale, le cartilage cricoïde sur la ligne médiane. Nous constatons que la cavité cricoïdienne est remplie par une masse fibreuse, dure, et que la face postérieure du cartilage cricoïde est comme voussurée et épaissie. La section sur la ligne médiane du cartilage thyroïde qui est atrophié et très réduit, nous présente assez de difficulté, car le cartilage est épaissi et le canal qui figure la petite cavité laryngée est tout à fait réduit et filiforme. Les cordes vocales sont cependant à peu près normales ; elles ont une teinte blanche rougeâtre. Nous réséquons sur la face postérieure du cartilage cricoïde la masse cartilagineuse que nous y avions remarquée. Puis nous sectionnons, sur la ligne médiane de la face postérieure du cartilage cricoïde que nous étalons de chaque côté pour lui donner plus de jour.

La dilatation caoutchoutée est commencée aussitôt après l'opération. Nous mettons dans la plaie un petit drain taillé en bec de flûte, que nous attachons à l'aide de fils de soie aux anneaux de la canule et nous le maintenons au fond de la plaie à l'aide de gaze imbibée de pommade à l'argyrol à 1 p. 40. Une canule n° 1 est mise à la partie inférieure de la plaie, dans la trachée. Le pansement est fait avec de la gaze stérilisée et une cravate de gaze au-dessus de la canule trachéale.

La dilatation caoutchoutée est continuée dès les premiers jours après l'opération. Il se fait un sphacèle intense qui exhale une grande fétidité; ce sphacèle dure pendant les six jours qui suivent l'opération pour diminuer ensuite progressivement et pour disparaître le douzième jour. Néanmoins, le petit malade n'a pas du tout de température, l'état général est bon et l'alimentation, à l'aide de liquides, se fait normalement. La dilatation caoutchoutée est continuée progressivement par des drains de plus en plus gros et des bouts de sonde uréthrale taillés en bec de flûte et fixés par des fils de soie à la canule elle-même. Ultérieurement, nous engainons la canule dans le drain qui se trouve ainsi plus facilement fixé dans la plaie.

La dilatation est ainsi amenée progressivement jusqu'au n° 30 de la filière ordinaire. Vers le mois de mai, c'est-à-dire quatre mois après l'opération, nous remarquons sur la partie gauche de la plaie, malgré tous les efforts de dilatation que nous faisons, une sorte d'éperon qui se fait à la jonction de la trachée avec le cartilage cricoïde, éperon cartilagineux qui fait une saillie assez marquée à l'intérieur même de la plaie. Nous faisons à ce moment (en mai) une petite retouche opératoire qui a pour but la dissection de cet éperon et l'ablation des bourgeons qui l'entourent. Cette nouvelle intervention a une influence heureuse sur la dilatation ultérieure, car tout de suite nous pouvons gagner plusieurs numéros en dilatation caoutchoutée. Nous arrivons ainsi jusqu'au n° 36 de la filière ordinaire. A ce moment, nous supprimons l'usage de la canule et nous remplaçons celle-ci par un drain à extrémité arrondie n° 36, présentant à son centre un orifice elliptique que nous enfonçons directement et dans la plaie trachéale et dans la plaie laryngée. Le malade respire alors en partie par la bouche et en partie par l'orifice taillé dans l'intérieur de ce drain. Ce drain est fixé autour du cou à l'aide de deux fils de soie, l'un passé au-dessus de l'orifice central, l'autre passé immédiatement au-dessous et noué derrière le cou. La dilatation est continuée et nous arrivons ainsi jusqu'au n° 39 et même 40 de la filière ordinaire. Le drain est enlevé ensuite périodiquement et remis tous les quatre ou cinq jours; le petit malade respire déjà très suffi-

samment par la bouche lorsque l'on obture la grande plaie de laryngostomie. Le petit malade part en vacances au mois d'août, fait un séjour d'abord à Bagnoles, ensuite à la Boule. Nous revoyons le malade au mois de septembre, à sa rentrée de vacances. Nous le trouvons très fortifié, il a gagné beaucoup; son thorax s'est développé depuis qu'il respire uniquement par la bouche.

Nous nous décidons, après avoir laissé la plaie au repos et avoir constaté qu'elle ne se rétrécit pas sensiblement. d'abord pendant quinze jours, ensuite pendant trois semaines, à faire une plastique sinon totale, du moins partielle, pour refermer la grande plaie laryngotomique, qui mesure néanmoins, ainsi que le montre la photographie ci-jointe, 3 cm. 1/2 de hauteur. Nous faisons la plastique sous chloroforme, assisté du Dr Ulmann et du Dr Abrand, d'après le procédé de Berger : tracé d'un lambeau autour de la plaie crico-trachéale, à l'aide d'une incision elliptique; puis, la réclinaison de ce plan obtenue vers l'intérieur de la trachée, suture au catgut; deuxième plan au-dessus de celui-ci à l'aide d'une suture au crin de Florence, en rapprochant les lèvres externes de la plaie par mobilisation de la peau.

Nous sommes obligé, la troisième nuit après l'opération, de lui remettre une petite canule dans la portion inférieure de la plaie; nous avions, du reste, laissé dans cette portion tout à fait inférieure, deux points de suture très lâches qu'il nous a été facile de rouvrir pour introduire une canule à trachéotomie. Cette canule qui est introduite la nuit pendant les jours suivants est enlevée pendant les heures de jour. Pendant toute cette période il respire de façon tout à fait normale.

L'examen fait à la laryngoscopie indirecte nous montre que, sous les cordes vocales, il existe un peu de gonflement de la portion sous-glottique du larynx. Il y a là des croûtes qui gênent, sans doute, la respiration, mais l'espace respiratoire libre nous apparaît tout à fait suffisant. Néanmoins, pour parfaire le résultat obtenu, par l'orifice créé par l'introduction de la canule nous glissons un drain de petit calibre que nous introduisons tous les cinq ou six jours et que nous laissons à demeure pendant vingt-quatre heures.

L'introduction est répétée pendant le premier mois qui suit cette plastique.

La respiration en obturant le petit orifice soupape de sûreté est tout à fait normale, il peut chanter, parler, de façon peu harmonieuse sans doute, mais d'une façon suffisante pour se faire comprendre.

Il respire actuellement uniquement par la bouche, aussi s'est-il beaucoup développé pendant ces derniers mois et sa mine est tout à fait bonne. Il ne persiste plus actuellement qu'une toute petite fistulette trachéale qui reste d'ailleurs toujours obturée et que nous nous proposons de fermer définitivement dans quelques mois.

M. Boulay. — Je puis ajouter quelques détails à l'histoire de cet enfant, car je l'ai soigné dès 1901, à l'époque où il était devenu canulard, c'est-à-dire quelques mois après les accidents qui avaient nécessité le tubage, puis la trachéotomie : il s'était agi d'une laryngite sténosante aiguë, probablement non diphtérique, car l'examen bactériologique n'avait décelé la présence que de quelques bacilles courts ; c'est le cas de beaucoup de laryngites sous-glottiques.

L'obstruction du larynx était complète : on ne pouvait y faire passer la plus petite sonde. L'enfant était aphone : quand on fermait l'orifice canulaire avec le doigt il ne pouvait émettre aucun son et asphyxiait.

Je fis une laryngotomie et trouvai une occlusion totale de la région cricoïdienne par du tissu de cicatrice : il n'y avait pas d'enchondrome. Le cricoïde était en partie ossifié, si bien que je ne pus l'inciser au bistouri et dus à cet effet me servir de ciseaux. Je refis une lumière en largeur, y plaçai un drain de caoutchouc, refermai le larynx par-dessus le drain et suturai les tissus prélaryngés (à cette époque la dilatation méthodique à ciel ouvert par les tubes de caoutchouc n'était pas connue).

Je comptais laisser le drain en place le plus longtemps possible, tant qu'il serait toléré, au moins trois ou quatre mois. Mais au bout de trois semaines, il s'échappa spontanément et ne put être remis en place.

Depuis cette époque l'enfant a recouvré la voix rauque qu'il a aujourd'hui ; il a pu supporter l'usage d'une canule parlante

dont, pendant plusieurs mois, la soupape fut maintenue fermée pendant le jour; mais il ne put être décanulé. En effet le calibre intralaryngé qui était resté large pendant plusieurs mois, au point d'admettre une sonde de 7 millimètres de diamètre (enfant de six ans à cette époque), se rétrécit à un moment donné, sans cause connue, avec une si grande rapidité qu'en huit jours son diamètre tomba de 7 à 3 millimètres.

Bientôt l'état général s'altéra, l'enfant dut quitter Paris pour passer l'hiver dans le Midi, puis à la campagne et je le perdis de vue. Il est à souhaiter que cette nouvelle opération amène sa guérison.

M. Sieur. — La fermeture de l'ouverture laryngotrachéale n'est pas toujours facile. Elle dépend beaucoup de l'étendue des lésions du larynx et de la trachée qui ont motivé la laryngotomie.

Si les cartilages ont été en partie éliminés, s'ils se sont atrophiés; si d'autre part le larynx a perdu une partie de sa mobilité par suite de l'extension des accidents inflammatoires aux tissus périlaryngés, le larynx et la trachée s'aplatissent sous l'action de la pression extérieure et la cicatrice est comme aspirée à chaque mouvement inspiratoire. Cette gêne de la respiration à laquelle les malades ne sont plus habitués les inquiète à nouveau et leur fait désirer conserver une fistule qui puisse leur permettre d'introduire un tube ou une canule de petit calibre.

Des trois malades qui ont été laryngotomisés dans mon service, un seul a sa fistule entièrement cicatrisée depuis plus d'un an. Mais chez lui les lésions laryngées étaient minimes. Chez les deux autres, au contraire, atteints de laryngotyphus, les cartilages avaient été notablement altérés et la sténose était très serrée. Or, bien que l'un deux ait pu supporter très facilement un tube dilatateur du n° 46, la réunion de la peau avivée et mobilisée au-devant de l'ouverture du larynx amena une crise de suffocation telle qu'on dut faire sauter les points de suture et introduire une canule. Le lendemain, une nouvelle tentative de réunion fut faite après avoir eu soin de placer dans le larynx et dans la trachée un tube en caoutchouc du n° 35 que maintenait un fil sortant par l'un des angles de la plaie. Le cinquième jour, on sectionna le fil et le tube fut

retiré par la bouche. Tout marcha d'abord à souhait, mais pendant la nuit, le malade ayant de la difficulté à respirer introduisit lui-même une petite canule métallique qui était restée à sa disposition. Depuis lors, il s'est refusé à une nouvelle opération et dans une lettre qu'il nous a écrite tout récemment, il nous dit qu'il se considère comme guéri parce qu'il respire par le nez et parle très facilement. Quant à la petite fistule qui persiste au-devant du cou, elle ne lui cause aucune gêne et si elle ne joue aucun rôle dans la respiration, elle lui donne l'assurance morale qu'en cas d'alerte, il lui serait facile de s'introduire lui-même un tube de fin calibre.

Chez le troisième malade, opéré par M. Rauvillois, la dilatation a également été poussée jusqu'au nº 45 et lorsqu'il a quitté l'hôpital la respiration s'exécutait entièrement par les voies respiratoires supérieures. Incité à revenir pour qu'on lui fermât sa fistule, il a répondu que, bien que cette dernière ne lui soit *d'aucune utilité*, il préfère la conserver. Du moment qu'il parle et respire facilement, il se considère comme guéri.

Je crois du reste que M. Sargnon, qui s'est fait en France le propagateur de la laryngostomie, est d'avis qu'il n'y a pas lieu de se hâter dans la fermeture de l'ouverture cervicale et plusieurs de ses opérés ont encore leur fistule. Somme toute le but essentiel de l'opération à savoir : *la reprise de la respiration par les voies aériennes supérieures et la possibilité de parler*, est définitivement atteint. Pour ma part, je partage à cet égard l'avis de mes opérés et j'approuve jusqu'à un certain point le sentiment qui les pousse à refuser une autoplastie.

Sarcome de la fosse nasale. — M. Luc présente un malade opéré par lui, le 23 octobre dernier, d'un sarcome de la fosse nasale droite, suivant le procédé de Moure, avec extension de la brèche opératoire aux antres frontal, maxillaire et sphénoïdal.

Il s'agissait d'un homme de 53 ans. Néoplasme très vasculaire, implanté sur la paroi externe, débordant la choane, en arrière, et oblitérant complètement la cavité nasale.

Une longue incision fut pratiquée, longeant tout le sourcil, descendant sur le côté du nez, contournant l'aile du nez, fendant la lèvre supérieure, à droite de la ligne médiane, et se

prolongeant le long du sillon gengivolabial, sur une longueur de plusieurs centimètres.

Le néoplasme n'avait pas encore envahi, mais seulement infecté les antres maxillaires et frontal, qui furent trouvés remplis de pus et de fongosités, et largement ouverts.

L'antre sphénoïdal, ouvert par la même voie, était encore indemne. Résection de toute la paroi externe de la fosse nasale et de la totalité du labyrinthe ethmoïdal.

L'énorme plaie, réunie par première intention, était cicatrisée au bout de cinq jours.

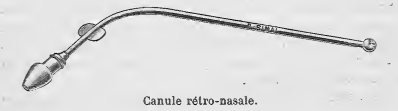
L'examen histologique du néoplasme révéla un sarcome à petites cellules rondes, très vasculaire.

Paralysie des abducteurs de la glotte. — M. Castex présente un homme de 48 ans atteint de paralysie des abducteurs de la glotte qui paraît remonter à une quinzaine d'années. La voix est bitonale et le malade a des accès de dyspnée surtout la nuit. L'examen montre que la corde droite est en adduction rectiligne, mais que la corde gauche, quoique dans la même position est flasque et dessine une concavité par son bord libre. Ses deux cordes s'écartent dans l'aspiration et se rapprochent au contraire dans l'expiration. On ne peut invoquer comme cause probable que des névrites consécutives à une fièvre typhoïde que le malade a eue à l'âge de 18 ans.

Labyrinthite suppurée. — M. Hautant présente plusieurs malades qui étaient atteints de cette affection et qu'il a trépanés.

M. Bosviel présente :

1° Une **canule rétro-nasale** pour lavages du cavum. Cette canule emprunte la voie nasale et non la voie buccale dans le but d'éviter le réflexe nauséeux et les contractions

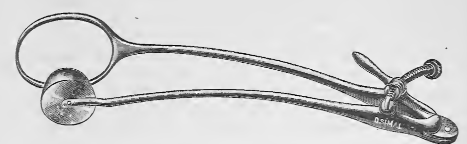


Canule rétro-nasale.

spasmodiques du voile, si désagréables au patient. Huit fois sur dix, le malade, l'introduit lui-même sans difficulté, après qu'on lui a montré une seule fois la façon de procéder. L'instrument n'est autre qu'un tube coudé à angle obtus, et rectiligne dans sa partie nasale. Du volume d'une grosse sonde d'Itard, il est terminé par un léger renflement en forme de boule, pour ne pas blesser la muqueuse. Une fente transversale creusée à la face supérieure de cette boule permet au liquide de s'échapper avec force, en forme de papillon. Quant à la portion coudée de l'instrument, elle est munie d'un index, permettant une prise plus solide et renseignant le malade sur la direction du jet. Cette canule s'adapte indifféremment sur le bock à injections ou sur la seringue anglaise.

2° Un **compresseur amygdalien** pour hémorragies post-opératoires.

Ce compresseur diffère de ceux déjà existants en ce que la



Compresseur amygdalien pour hémorragies post-operatoires.

branche interne, au lieu d'immobiliser la langue au-dessous d'elle, puisqu'elle appuie en son milieu, se moule sur la concavité du maxillaire et laisse par conséquent cet organe entièrement libre dans la cavité buccale. Aucun point de la muqueuse n'est comprimé autre que la loge amygdalienne elle-même, où disparaît la pelotte compressive. Celle-ci de forme ronde est creuse pour emmagasiner une provision de coton hydrophile qu'on imbibera, si l'on veut, d'une solution hemostatique quelconque. La branche externe prend point d'appui par un anneau allongé, sur l'angle du maxillaire inférieur. Le rapprochement des deux branches se fait au moyen d'une vis de rappel.

L'instrument une fois en place repose sur l'arc dentaire

inférieur et se maintient de lui-même sans qu'on ait à le soutenir.

Épistaxis des nourrissons

par le Dr Richou

La pathologie infantile du premier âge offre au spécialiste des cas cliniques intéressants et souvent mal connus; nous voulons attirer l'attention sur les épistaxis du nourrisson. Tout le monde connaît la gravité des hémorragies de cet âge (hémorragies du cordon, hémorragies préputiales, etc...) qui peuvent amener rapidement la mort, le jeune enfant supportant très mal toute perte sanguine.

Les muqueuses du nourrisson, fines et friables, saignent facilement, il n'est donc pas surprenant de voir la pituitaire devenir le point de départ d'hémorragies soit à l'occasion d'un traumatisme local, chute ou introduction de corps étranger dans les fosses nasales, soit au cours d'une maladie dyscrasique, fièvre éruptive, ou d'un état hémophile.

Observation I. — (Le Marc'Hadour.)

Un nourrisson de 2 mois 1/2 hospitalisé à la crèche du Dr Variot est adressé à la Clinique de la rue de Condé pour saignements de nez répétés s'accompagnant de mélæna. C'est un enfant superbe donnant toutes les apparences d'une bonne santé, il n'a pas de fièvre, on ne possède d'ailleurs aucun renseignement sur son compte.

Malgré la difficulté de l'examen le Dr Le Marc'Hadour trouve dans une des narines un point qui saigne au lieu d'élection et fait une cautérisation avec une perle de nitrate d'argent, le tamponnement antérieur restant inefficace et le tamponnement postérieur étant d'une application difficile en raison du jeune âge.

L'enfant est gardé en observation pendant une heure et après vérification et malaxation de l'eschare renvoyé à l'hôpital ne saignant plus.

Deux heures après, à 6 heures du soir, notre ami le Dr Roland le revoit aux Enfants-Malades, les épistaxis

viennent de reparaître et l'enfant a encore eu une selle mélanique due au sang dégluti antérieurement.

Nouvelle cautérisation au nitrale au même point que la première fois.

L'épistaxis semble céder à ces deux cautérisations, mais il n'en est rien et le nourrisson succombe le lendemain matin, exsangue, ayant continué à saigner pendant son sommeil et dégluti inconsciemment le sang qui tombait goutte à goutte dans le cavum, sans qu'à aucun moment l'issue du sang par l'orifice antérieur des fosses nasales ait attiré l'attention des veilleuses de nuit.

Observation II. — (Personnelle.)

Nous sommes appelé le 11 janvier 1909 par le médecin de la famille pour examiner un nourrisson de deux mois qui présente depuis quarante-huit heures des saignements de nez. Ces épistaxis insignifiantes ont fait leur apparition au déclin d'un léger coryza, elles surviennent tantôt à l'occasion de cris, changements de position, tantôt sans cause apparente, pendant le sommeil par exemple.

Elles n'ont aucun caractère de périodicité, sont unilatérales droites et toujours peu abondantes: quelques gouttes de sang rouge apparaissent à l'orifice narinaire, puis des mucosités sanguinolentes, et tout rentre dans l'ordre pendant quelques heures, une demi-journée, une journée.

Il s'agit d'un enfant bien portant, vigoureux, né à terme et nourri au sein maternel et au biberon, il n'a jamais été malade, ne présente pas de signes de rachitisme et n'a pas eu de fièvre. On ne relève dans les antécédents familiaux ni bacillose, ni spécificité.

A l'examen après nettoyage des croûtelles du vestibule, nous inspectons la fosse nasale avec un gros spéculum d'oreilles ; la muqueuse présente une coloration normale dans toute son étendue. Avec un porte-coton légèrement imbibé de la solution de cocaïne au 1/10 nous explorons la surface de la muqueuse sans provoquer d'épistaxis ni sur la cloison, ni sur le plancher, ni sur la tête du cornet inférieur; cependant en enfonçant le stylet plus profondément, nous faisons saigner la muqueuse tout à fait en arrière sans qu'il nous soit possible de déterminer le point qui donne.

Nous conseillons d'instiller dans la narine quelques gouttes d'huile résorcinée à 1/100 après introduction d'un peu d'eau salée trois fois par jour.

Les épistaxis se reproduisent le soir et le lendemain matin toujours aussi minimes.

Le 13 janvier, nouvel examen, au cours du nettoyage le porte-coton détermine cette fois un suintement au niveau de la tête du cornet inférieur, l'enfant crie et entretient son épistaxis qui est un peu plus abondante que les précédentes. Nous mettons quelques gouttes d'adrénaline au 1/1000 et faisons une petite cautérisation avec une perle de nitrate d'argent. — Suppression de l'eau salée et continuation de l'huile résorcinée.

Le 14. Rien depuis la veille, nous vérifions notre eschare qui tient bien et ne déterminons pas d'hémorragie, mais quelques minutes après quand on relève l'enfant, du sang apparaît au bord de la narine. Nouvel examen; le sang vient du fond de la narine.

Le 17. Les épistaxis ont été moins fréquentes, l'état général est bon, toujours pas de fièvre. En présence de cette persistance des suintements sanguins, nous en cherchons, mais en vain, la cause dans l'état général. Nous ne trouvons rien de suspect sur la peau, ni sur les muqueuses, la rate n'est pas grosse, les selles et les urines normales.

Le 21, même état, nous nous préparions à administrer un peu de chlorure de calcium dans les biberons quand nous eûmes l'idée avec le médecin de la famille de supprimer le lait stérilisé et de le remplacer par du lait ordinaire bouilli.

Depuis ce jour les épistaxis ont cessé brusquement et n'ont plus paru. — Nous revoyons l'enfant le 1er mars en excellente santé.

Cette deuxième observation montre que toutes les épistaxis des nourrissons n'ont pas heureusement la même gravité. De ces deux cas isolés et assez différents il est difficile de tirer des conclusions précises.

Pour le premier enfant, la rapidité de l'évolution et le manque de commémoratifs ne nous ont pas permis d'établir l'étiologie des épistaxis. Chez le second, au contraire, l'influence indéniable de l'alimentation s'impose, et il semble

bien que nous nous trouvions en présence d'un cas clinique superposable aux cas de maladie de Barlow signalés par plusieurs auteurs chez des nourrissons mis exclusivement au lait stérilisé.

Au point de vue du traitement, nous sommes obligé de reconnaître l'inefficacité de la cautérisation au nitrate d'argent dans la première observation où cependant il s'agissait d'une épistaxis bien limitée au point d'élection. Pour le second nourrisson toute la muqueuse saignait et nous ne pouvions songer à cautériser la muqueuse de bout en bout, mais l'application sur la tête du cornet inférieur avait été efficace.

Le Dr Variot avait reproché au Dr Le Marc'Hadour de ne pas avoir pratiqué le tamponnement postérieur et la terminaison fatale semble lui donner raison bien que la difficulté d'application du tampon postérieur chez un nourrisson ne garantisse pas un résultat parfait.

Un seul cas ne permet pas de tirer une conclusion définitive, mais son issue funeste nous fait un devoir de le conserver comme un point d'interrogation pour la technique à suivre. N'oublions pas que le nourrisson n'extériorise ses sensations que par des cris et encore à l'état de veille; lorsqu'un liquide est introduit assez lentement par la bouche ou par le nez, le mouvement réflexe de succion et de déglutition s'établit, et puisque l'enfant est incapable de nous avertir du danger il faut savoir prévoir pour lui. Le Dr Le Marc'Hadour et nous-même, pour éviter le retour de pareil accident, sommes bien décidés dans un cas semblable à recourir au tamponnement postérieur des fosses nasales, malgré sa difficulté d'application et les fréquents accidents d'infection qu'il entraîne du côté de l'oreille moyenne.

Pansinusite avec évidement ethmoïdo-sphénoïdal. — M. Guisez présente deux malades opérés de pansinusite.

Le sinus maxillaire a été opéré par le procédé de Cawdel-Luc. Le sinus frontal a été trépané de telle sorte que les saillies frontales sont respectées, de cette façon il n'y a pas de déformation externe.

L'ethmoïde et le sinus sphénoïdal ont été complètement évidés par la voie orbitaire.

L'évidement ethmoïdal constitue en effet la clé de la guérison des pansinusites : la trépanation de la paroi interne de l'orbite combiné à la résection de la bronche montante du maxillaire permet d'aborder directement l'ethmoïde et de le curetter à fond.

Mucocèle nasal. — M. MAHU montre une jeune malade atteinte de cette affection.

Œdème laryngien chronique. — M. VEILLARD montre une malade qu'il observe depuis 10 ans pour des poussées d'œdème du pourtour supérieur de l'entonnoir laryngé ; le gonflement a parfois atteint un degré tel que l'on dut penser à la trachéotomie. Malgré l'absence de tout signe de brightisme, le régime déchloruré amena chaque fois l'amendement des symptômes. Il y a un certain degré d'insuffisance hépatique.

Le Secrétaire général,
G. VEILLARD.



LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ

AU 1er DÉCEMBRE 1910

MEMBRES ACTIFS

MM. Albert (Paul), 17, rue du Colysée, Paris.
Astier, 62, rue du Rocher, Paris.
Aysaguer, 59, rue des Belles-Feuilles, Paris.
Barthas, 27 *ter*, boulevard Diderot, Paris.
Bellin, 97, rue du Bac, Paris.
Blanc, 8, rue Auber, Paris.
Blanluet, 4, avenue Hoche, Paris.
Bonnes, à Nîmes.
Bonnier, 166, faubourg Saint-Honoré, Paris.
Bosviel, 84, boulevard Saint-Germain, Paris.
Boucheron, 11 *bis*, rue Pasquier, Paris.
Boulai, 2, rue de l'Hermine, Rennes.
Boulay, 8 *bis*, avenue Percier, Paris.
Bourgeois, 44, rue de Naples, Paris.
Bruder, 37, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.
Caboche, 22, rue de Tocqueville, Paris.
Castex, 30, avenue de Messine, Paris.
Cauzard, 2, rue de la Bienfaisance, Paris.
Chatellier, 8, rue des Saussaies, Paris.
Chervin, 82, avenue Victor-Hugo, Paris.
Collinet, 112, rue Saint-Dominique, Paris.
Courtade, 14, rue Castellane, Paris.
Cousteau, 15, rue Laffitte, Paris.
Cornet, 30, avenue Carnot, Châlons-sur-Marne.
Delacour, 22, rue Washington, Paris.
Depierris, à Cauterets et 20, rue Soufflot, Paris.
Didsbury, 36, rue de l'Arcade, Paris.

MM. Egger, 80, rue Taitbout, Paris.
Ferrand, 1 *bis*, boulevard Magenta, Paris.
Fiocre, 13, avenue Mac-Mahon, Paris.
Fournié, 4, rue de Babylone, Paris.
Foy (Robert), 28, rue de La-Trémoille, Paris.
Furet, 37, rue du Four, Paris.
Galand, 16, rue du Château, Asnières.
Gapin, 17, boulevard Haussmann, Paris.
Gaudier, 175, rue Nationale, Lille.
Gellé père, 40, avenue de la Grande-Armée, Paris.
Gellé (Georges), 13, rue de Londres, Paris.
Girard, 1, rue Pierre-Larousse, Paris.
Glover, 23, rue de la Bienfaisance, Paris.
Grossard, 6, rue de Monceau, Paris.
Guillot, 13, rue Jeannin, Dijon.
Guisez, 72, boulevard Malesherbes, Paris.
Hautant, 10, rue du Commandant-Rivière, Paris.
Heckel, 1, rue de Cérisoles, Paris.
Helme, 10, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.
Hélot, 9, boulevard Jeanne-d'Arc, Rouen.
Hubert, 144, rue de Rennes.
Jacques, 41, rue du Faubourg-Saint-Jean, Nancy.
Kœnig, 65, rue de Miromesnil, Paris.
Lacroix, 41, rue de Berlin, Paris.
Lapalle, 19, rue Samonzet, Pau.
Laurens (Georges), 60, rue de la Victoire, Paris.
Laurens (Paul), 3, rue de La-Trémoille, Paris.
Lautmann, 11, rue Blanche, Paris.
Le Marc'Hadour, 40, rue de Berlin, Paris.
Lermoyez, 20 *bis*, rue La-Boëtie, Paris.
Leroux (Robert), 36, rue Washington.
Lombard, 49, rue de Rome, Paris.
Lubet-Barbon, 4, rue Legendre, Paris.
Luc, 54, rue de Varenne, Paris.
Mahu, 68, avenue Kléber, Paris.
Martin, 25, rue du Général-Foy, Paris.
Méneau, 215, rue Judaïque, Bordeaux.
Montsarrat, 49, rue de Courcelles, Paris.
Mounier, 6, rue de l'Isly, Paris.

MM. Munch, 4, rue Lavoisier, Paris.
Nepveu, 1, rue Custine, Paris.
Noquet, 33, rue de Puebla, Lille.
Oudot, 25, rue de la Gare, Saint-Brieuc.
De Parrel, 42, rue Blanche.
Pasquier, 15, rue Madame, Paris.
Percepied, au Mont-Dore.
Piaget, 1, rue Molière, Grenoble.
Poyet, 8, square Moncey.
Rabé, 22, rue d'Assas, Paris.
Reynier, 12 *bis*, place Laborde, Paris.
Richou, 61, avenue Kléber, Paris.
Rousseau, 62, rue de Maubeuge, Paris.
Rouvillois, au Val-de-Grâce, Paris.
Saint-Hilaire, 31, rue de Londres, Paris.
Sieur, au Val-de-Grâce, Paris.
Suarez de Mendoza, 3, chaussée de la Muette, Paris.
Veillard, 127, boulevard Malesherbes, Paris.
Viollet, 31, rue Madame, Paris.
Weill, 4, rue du Rocher, Paris.
Weismann, 72, boulevard de Courcelles, Paris.
Wurtz, 9, square Moncey, Paris.

MEMBRE ASSOCIÉ

M. Delair, 12, rue Cernuschi, Paris.

MEMBRES HONORAIRES

MM. Cartaz, 2, rue Vignon, Paris.
Lœwemberg, 112, boulevard Haussmann, Paris.
Politzer, 17, Gouzagagasse, Vienne.
Ruault, 76, rue des Saints-Pères, Paris.

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM. Artzrouny, Vahan, Tiflis (Caucase).
Bonfim, 3, Rocio, 1°, Lisbonne.
Broeckaert, 16, place du Comte-de-Flandre, Gand.
Bruzzi, Vérone.
Costiniu, 48, str. Fontanei, Bucarest.
Delsaux, 260, avenue Louise, Bruxelles.
Lambert, office des Postes, Ottawa.
Max-Scheier, 25 et 26, Friedrichstrasse, Berlin, S. W.
Moll, Arnheim.
Perez, Buenos-Ayres.
Segura, 567, Calle Esmeralda, Buenos-Ayres.
Wilson Prevost, 66, Maddison avenue, New-York.

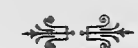


TABLE DES MATIÈRES

Séance du 8 janvier 1909

Séance clinique du 12 février 1909

Pages

Séance du 8 avril 1909

Séance du 10 juin 1909

Séance du 9 juillet 1909

Séance du 10 novembre 1909

Séance clinique du 10 décembre 1909